DE L'HYSTÉRIE

CHEZ L'HOMME

DE

L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

PAR

Le Docteur KLEIN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LICENCIÉ EN DROIT

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1880

R52449

DE L'HYSTÉRIE

CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

L'hystérie masculine est loin d'être aussi rare qu'on le croit généralement. En compulsant les traités classiques et les travaux assez nombreux qu'elle a inspirés, nous en avons relevé 78 cas, auxquels nous avons ajouté deux observations nouvelles et inédites.

C'est sur l'analyse de ces 80 observations, dont quelques-unes sont très détaillées et présentent un grand intérêt, que repose la description succincte que nous avons tenté de donner de l'hystérie chez l'homme, au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du diagnostic. Le traitement ne nous a occupé qu'au point de vue de certaines indications particulières que nous ont fournies quelques-unes des observations que nous avons citées.

Nous n'entreprendrons pas non plus de retracer, après tant d'autres, l'Historique de la question qui nous occupe

et de montrer comment l'hystérie, après avoir été pendant longtemps regardée comme une maladie essentiellement propre à la femme, et liée à des lésions organiques ou à des troubles fonctionnels de l'appareil de la génération, a fini par être considérée comme une maladie de l'ensemble du système nerveux, que l'on peut rencontrer dans les deux sexes, mais plus fréquemment dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Toute cette partie de l'histoire de l'hystérie a été très bien traitée dans plusieurs thèses, mais elle n'a été nulle part étudiée avec un esprit médical aussi élevé que dans l'excellent article que M. Bernutz a consacré à cette névrose, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

Nous ne saurions avoir la prétention d'apporter à la question aucun élément nouveau ; nous avons seulement voulu faire ressortir, et appuyer de faits, les propositions suivantes :

1° L'hystérie est loin d'être très rare chez l'homme, bien qu'elle soit chez lui beaucoup moins commune que chez la femme ;

2° Dans l'un comme dans l'autre sexe, elle est le résultat d'une modification de l'ensemble du système nerveux, et ses conditions pathogéniques ne sont nullement créées par des lésions organiques ou fonctionnelles des organes préposés à la génération ;

3° Dans les deux sexes, l'hystérie reconnaît, à peu de chose près, des causes prédisposantes et occasionnelles identiques et se présente avec les mêmes éléments symptomatiques et sous les mêmes formes cliniques.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder notre travail, de présenter nos remerciements au savant médecin de l'hôpital Necker, M. le docteur Ollivier, dont les encouragements et la bienveillance ne nous ont jamais fait défaut, et à son interne, M. Chambard, à qui nous devons les deux observations inédites qui accompagnent notre étude, et dont les conseils nous ont été d'une grande utilité.

ÉTIOLOGIE

I. — CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'étiologie banale dont on se contente trop souvent pour expliquer le développement d'affections accidentelles et passagères, qui n'ont pas leur racine dans l'organisation même du malade, ne saurait suffire lorsqu'il s'agit de maladies générales diathésiques ou constitutionnelles, et surtout lorsque l'on veut étudier la genèse et l'évolution des névroses et des vésanies. Un hystérique peut être atteint depuis peu d'accidents hystériques, mais il a toujours été, soit en fait, soit en puissance, un névropathe, il le sera toujours, et, bien plus, il est toujours possible de retrouver chez ses ascendants les racines de cet état névropathique constitutionnel, dont l'hystérie n'est qu'un des aspects les plus fréquents et les plus saisissants. Il ne suffira donc pas, en présence d'un hystérique, de rechercher sous l'influence de quel accident physique ou moral les faits pathologiques que l'on a sous les yeux ont pu débuter, il ne suffira pas encore de découvrir dans la vie passée du malade les causes morales ou autres qui ont pu en préparer ou en hâter l'éclosion, il faudra de plus s'enquérir avec soin de ses antécédents héréditaires. Il faut, en un mot, dans les cas de ce genre, embrasser d'un coup d'œil, non seulement la vie du malade lui-même, mais encore celle des membres de sa famille, si l'on veut se faire, des névroses en général et de

l'hystérie en particulier, une idée suffisamment compréhensive et suivre pas à pas l'évolution de la maladie vivante, dans l'espèce et dans l'individu.

Voilà pourquoi, toutes les fois qu'il s'agit de l'étiologie des maladies générales à évolution et à longue portée, toutes les fois surtout qu'il s'agit des Névroses, l'hérédité vient, parmi les causes prédisposantes, en première ligne, et nous pensons, avec les plus grands aliénistes de ce siècle, parmi lesquels nous ne citerons que Morel, Marcé, Moreau de Tours, qu'on n'en saurait exagérer ni l'importance ni la fréquence. Celle-ci paraîtra d'autant plus grande, dit M. Chambard, dans une récente publication, « si on se souvient qu'elle n'est pas toujours directe et si « l'on donne à ce terme une acception plus large et plus en « rapport avec les faits et si on recherche chez les ascen- « dants et collatéraux des malades, non seulement une af- « fection analogue à celle dont ils sont eux-mêmes atteints, « mais encore toutes les manifestations de la grande famille « des névroses, hystérie, épilepsie, chorée, idiotie, les mal- « formations congénitales, l'alcoolisme, les instincts crimi- « nels et pervers et jusqu'aux traces d'une intelligence « quelquefois brillante mais mal équilibrée (1). »

Ces réflexions, suggérées à l'auteur que nous venons de citer par une étude des vésanies et de l'hystérie, faite au point de vue de la vraie pathologie générale, non telle qu'on a trop de tendance à l'envisager de nos jours, mais telle que la comprennent, en l'appliquant à des branches

1. E. Chambard. Sur un cas d'hystérie avec somnambulisme. — Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. T. III, avril 1879.

de la science médicale bien différentes en apparence, les Monneret, les Morel, les Bazin, nous sont venues à l'esprit lorsque nous avons dépouillé, au point de vue de l'hérédité, les 78 observations d'hystérie chez l'homme qui sont annexées à notre travail. Nous y voyons l'hérédité signalée dans 23 cas, déclarée absente dans 10 seulement et dans les 39 autres passée sous silence.

L'hérédité est donc signalée chez les hommes hystériques dans près du tiers des cas, chiffre qui est encore supérieur aux estimations de la plupart des auteurs qui ont touché à la question de la transmission héréditaire des névroses, avant les travaux de Griesinger, de Morel, de Moreau de Tours. Nous voyons en effet que depuis Burrows, Esquirol, Guislain, Jacobi, elle ne paraît réellement constatée que chez le septième, le cinquième ou le quart des malades. Nous sommes convaincu, au contraire, que les auteurs des 39 observations où sa recherche n'est même pas mentionnée, l'auraient presque tous rencontrée si leur attention avait été suffisamment attirée sur ce point.

Il ne suffit pas de dire que la plupart des hommes hystériques sont des héréditaires, nous devons encore rechercher quel est celui de leurs générateurs qui a la plus grande part dans la transmission de cette maladie. Si nous consultons notre statistique à ce point de vue, nous y trouvons une confirmation de cette loi posée, croyons-nous, par M. Moreau de Tours, d'après laquelle l'hérédité maternelle serait la plus dangereuse. Nous voyons, en effet, dans des cas où la transmission héréditaire directe est signalée que celle-ci vient presque toujours de la mère et que la mère est presque toujours hystérique. — Nous citerons comme

exemple de ce fait l'observation de Henri G..... que nous devons à M. Chambard, et qui est annexée à notre travail.

Personne n'ignore les liens qui unissent l'arthritis aux différents états névropathiques, et les troubles du caractère, la folie même chez les rhumatisants et les goutteux sont assez connus ; les faits semblent même prouver, et nous en avons observé pour notre part un certain nombre, que des arthritiques peuvent donner le jour à des névropathes et même à de véritables aliénés. Parmi les observations d'hystérie chez l'homme que nous avons lues, nous en avons rencontré quelques-unes qui semblent confirmer cette manière de voir. La mère du malade observé par M. Lallemand, dans le service de M. Laveran, par exemple, était arthritique, sujette à des migraines et à des accidents rhumatismaux ; d'autres fois on rencontre chez les ascendants les deux diathèses réunies ; un autre malade de M. Lallemand, observé dans le service de M. Lereboullet, avait un père névropathe et rhumatisant et une mère hystérique.

La question d'hérédité étant vidée, nous devons rechercher s'il n'existe pas, dans l'organisation même du sujet, quelques caractères qui soient intimement liés à l'existence ou à l'apparition future de symptômes hystériques ; en un mot si les hystériques hommes n'ont pas, comme les hystériques femmes, un habitus caractéristique et s'ils ne portent pas comme elles le cachet de l'hystérie.

Certains hommes ont certainement un grand nombre d'attributs propres au sexe féminin : il est en effet des hommes à la taille petite, aux formes molles et arrondies, aux seins développés, à la barbe rare, aux cheveux fins

et soyeux, à la peau blanche et fine, dont l'habitus rappelle de fort près l'habitus féminin. Bien plus, ces hommes ont généralement les organes génitaux peu développés, l'expression de leur visage est doucereuse et timide, leurs yeux, habituellement baissés, sont brillants et langoureux, leur voix est aiguë, douce et timbrée comme celle des femmes, leur démarche est également caractéristique ; cette ressemblance enfin ne se borne pas à n'être qu'une ressemblance plastique : elle va plus loin. Ces hommes ont dans les cas les plus extrêmes des goûts et des tendances de femme, et, répugnant aux durs travaux de l'atelier et des champs, ils s'appliquent avec goût à des ouvrages exclusivement féminins.

L'hystérie étant une maladie presqu'entièrement féminine et dont la fréquence dans l'autre sexe était jusqu'à ces derniers temps à peine soupçonnée, il était assez naturel de penser que lorsqu'elle se rencontrait chez l'homme elle frappait de préférence ceux dont nous venons d'esquisser le portrait physique et moral. On se tromperait cependant et les individus auxquels nous venons de faire allusion, s'ils fournissent à la Cour d'Assises de nombreux sujets, grâce à la perversion du sens moral et du sens génital qui distingue la plupart d'entre eux, en fournissent fort peu à ceux qui se livrent à l'étude de l'hystérie masculine.

Il est remarquable, en effet, étant donnée l'idée préconçue qui guidait les observateurs, que sur les 78 cas d hystérie que nous avons analysés il n'y en ait que fort peu, six en tout, où le *féminisme* soit signalé chez les malades. Encore le féminisme est-il le plus souvent bien incomplet et bien mal caractérisé. Tantôt on se borne à dire, comme dans

les observations 1, 2, 9, que la barbe du malade était rare et peu fournie, tantôt que sa peau était fine et blanche. Dans l'observation 23, due à Scipion Pinel, nous voyons que le malade avait les organes génitaux peu développés, que ses formes étaient grêles, son teint pâle et féminin, que la barbe était absente, et qu'enfin il n'avait jamais eu de relations sexuelles. C'est la seule qui soit un peu caractéristique. Les autres se bornent à parler des allures fluettes, féminines, du sujet, de sa peau blanche et fine, etc., circonstances qui se rencontrent chez beaucoup d'adolescents, qui créent il est vrai un type à part, mais qui n'excluent pas le moins du monde l'exercice de facultés physiques et morales toute viriles.

En dehors de ces quelques cas dont nous venons de discuter la valeur et parmi lesquels nous n'en retenons qu'un seul auquel le titre de *féminisme* puisse être appliqué, nous voyons que les hommes hystériques sont des hommes ordinaires, le plus souvent émotifs, il est vrai, cela fait partie de leur maladie, mais ayant les allures d'hommes et en remplissant les fonctions sociales et sexuelles. Quelques-uns sont même signalés pour leur apparence robuste et leur vigueur. Nous verrons enfin, d'après l'étude de leurs professions, qu'ils sont loin d'avoir une prédilection particulière pour les travaux d'aiguille.

Il n'est pas facile de déterminer le moment où ont apparu les premières manifestations hystériques chez un malade, car, d'une part, la détermination exacte de ses antécédents pathologiques est toujours chose difficile et, de l'autre, la plupart des malades ont présenté dans leur enfance des accidents nerveux dont la parenté avec l'hystérie

future est difficile à délimiter. Néanmoins, en opérant sur les 54 cas où l'âge du malade est mentionné, nous arrivons aux résultats suivants qui concordent entièrement, on le voit, avec ce que nous savons de l'époque de l'apparition de l'hystérie chez la femme.

Date des premiers accidents hystériques.

De 0 à 10 ans	—	0.	Age minimum 12 ans.
10 à 20 »	—	15	
20 à 30 »	—	23	
30 à 40 »	—	10	
40 à 50 »	—	4	
50 à 60 »	—	1	
60 ans	—	1.	Age maximum 60 ans.

Si nous prenons la moyenne de tous les chiffres que nous avons recueillis, nous trouvons que l'âge auquel l'hystérie débute chez l'homme est de 24 ans, chiffre un peu supérieur cependant à celui que l'étude de cas beaucoup plus nombreux permet de constater, pour la femme, avec un plus grand degré d'approximation.

L'étude des professions des hommes hystériques nous mène à constater d'abord, que ce ne sont pas celles que choisiraient des hommes, ayant une constitution physique et des goûts de femmes, qui fournissent le plus grand nombre de malades. Un grand nombre d'entre eux exercent en effet, des états qui exigent une grande dépense d'énergie physique ou de forces intellectuelles.

Nous constatons, en second lieu, que l'hystérie est beau-

coup plus commune, chez l'homme du moins, dans les classes élevées et intelligentes de la société, que dans les classes inférieures et dans les métiers où l'homme est réduit à l'état de manœuvre ; ce fait ne doit pas nous surprendre d'ailleurs, car une névrose comme l'hystérie, où les troubles de la sensibilité morale et des sentiments affectifs jouent un rôle si important, doit frapper de préférence les esprits les plus délicats et les plus facilement impressionnables.

Notre statistique signale la profession des malades dans 57 cas. Nous en donnons le tableau suivant, après les avoir divisées autant que possible par catégories et en commençant par les professions qui ont fourni le plus d'hystériques.

1° *Professions libérales* (13 *cas*).

Hommes de lettres.
Hommes d'étude (Observ. Breuillard).
Hommes de condition et de beaucoup d'esprit (Sydenham).
Ingénieur. Musiciens.
Prêtres et religieux.
Négociants.
Jeunes gens ayant fait leurs études classiques.

2° *Militaires* (11 *cas*).

Officiers de marine.
Officiers de l'armée de terre.
Sergents-major.
Sergents-fourrier, et soldats.

3° *Commerçants. — Employés de commerce. Ouvriers intelligents* (17 *cas*).

Employés de commerce.
Mécaniciens. Ajusteurs.
Droguistes.
Imprimeurs.
Peintres en voitures ; en décors ; sur porcelaine.
Employés divers.
Tailleurs.

4° *Ouvriers de classe inférieure* (9 *cas*).

Cuisiniers.
Peintres en bâtiments. Maçons.
Serruriers. Domestiques.

5° *Paysans. Jardiniers* (cas sporadiques) (3 *cas*).

6° *Enfants. Écoliers* (cas sporadiques, ayant tous servi de point de départ à une épidémie (4 *cas*).

Parmi les professions, celle qui fournit le plus d'hystériques, toutes proportions gardées, est certainement celle où l'on s'attendrait le moins à y en rencontrer. Nous voulons parler de la profession militaire, qui donne à elle seule 3 officiers, 3 sergents et 5 soldats, en tout 11 malades sur 60 environ. Nous nous bornons à signaler ce fait sans en rechercher la raison, pour le moment du moins. Nous re-

viendrons plus loin, à propos des hystéries épidémiques sur les observations d'hystérie contagieuse des paysans et des enfants.

Certaines professions créent-elles, en dehors du degré de culture intellectuelle, et par conséquent de sensibilité morale, qu'elles supposent de la part de ceux qui s'y livrent, une prédisposition à l'hystérie? Existe-t-il, par exemple, chez les hommes qui manient des préparations de plomb, une intoxication saturnine à forme hystérique, au même titre qu'il existe chez eux une épilepsie saturnine?

Dans sa thèse sur l'hystérie, le docteur M. Petit consacre un chapitre aux hystéries symptomatiques, parmi lesquelles il range l'hystérie saturnine. Demandons-nous d'abord si les accidents hystériques ou hystériformes, que l'on a quelquefois observés chez les saturnins, sont bien dus au plomb, et, dans le cas où nous répondrions par l'affirmative, nous devrions rechercher si ces accidents méritent bien d'être qualifiés du titre d'accidents hystériques.

Ces observations, encore peu nombreuses, peuvent se diviser en deux classes : dans les unes, l'élément héréditaire est évident et les troubles nerveux, sinon hystériques du moins névropathiques, existaient dès l'enfance du malade et bien avant qu'il ne maniât les préparations plombiques ; ces faits doivent évidemment être mis hors de cause.

La seconde catégorie de faits comprend ceux où l'hérédité fait ou semble faire défaut, et dans lesquels les accidents ont débuté en même temps que l'intoxication saturnine, ou peu après. Or, si nous étudions attentivement les faits de cette nature, nous voyons que les malades ont, non seulement des attaques convulsives hystériques, mais

encore présentent tout le cortège des symptômes somatiques et surtout intellectuels de l'hystérie ; et si nous sommes tout disposé à admettre qu'une intoxication peut déterminer une attaque hystériforme ou épileptiforme, nous croirons difficilement, jusqu'à preuve du contraire, qu'elle puisse créer de toutes pièces une maladie telle que l'hystérie et l'épilepsie, dont les attaques ne sont que l'un des nombreux symptômes par lesquels elles peuvent se traduire. Telle est d'ailleurs l'interprétation que M. Chambard a donnée à l'observation du nommé D..., que nous lui devons et nous voyons qu'il l'a intitulée : cas d'hystérie chez un saturnin, et non d'hystérie saturnine.

Ces réflexions s'appliquent également, et encore mieux, aux cas d'hystérie qu'on a cru devoir attribuer à l'alcoolisme et à l'absinthisme, ainsi qu'à l'impaludisme chronique : conditions qui, par leur action sur le système nerveux, peuvent bien, dans une certaine mesure, prédisposer aux accidents hystériques, mais qui paraissent, jusqu'ici du moins, incapables de déterminer à elles seules des attaques hystériformes, et encore moins de créer de toutes pièces une maladie aussi spécifique que l'hystérie.

On sait combien les chagrins répétés, les douleurs morales longtemps prolongées, prédisposent la femme à l'explosion des accidents hystériques. On a même exagéré l'influence de ces causes, en oubliant que les sujets prédisposés à l'hystérie, sont déjà névropathes et doués d'une sensibilité morale malheureuse, bien avant l'époque à laquelle on peut rapporter les premiers phénomènes vraiment caractéristiques. Chez l'homme, moins sensible, et distrait par la nature de ses occupations habituelles, ces causes se rencon-

trent moins communément, bien que l'on puisse quelquefois en constater l'existence. Nous reviendrons sur cette partie de l'étiologie, à propos des causes occasionnelles, parmi lesquelles les causes morales jouent un rôle plus évident et plus facile à définir.

II. — Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles de l'hystérie chez l'homme sont les accidents physiques ou moraux, qui surviennent brusquement, à l'improviste, et à la suite desquels apparaissent brusquement les premiers phénomènes hystériques : soit que l'attaque se déclare d'emblée, soit qu'ils soient suivis de modifications profondes dans le caractère, et de symptômes, qui pour n'être pas toujours convulsifs, n'en peuvent pas moins être rattachés à l'hystérie.

Parmi les causes physiques, nous citerons le traumatisme, mais, à bien considérer la nature de cet accident, on devrait sans doute le rapprocher des causes morales ; le traumatisme, en effet, agit autant par la douleur qu'il amène que par la surprise qu'il cause et la frayeur dont il s'accompagne.

C'est ainsi que nous voyons le malade qui fait l'objet de l'observation XXVII, pris de toux spasmodique à la suite de 27 coups de bistouri, nécessités par un érysipèle phlegmoneux ; le malade de l'observation XLII avoir des convulsions hystériques à la suite d'un abcès dentaire fort douloureux qui avait déjà provoqué une explosion de délire, et qu'enfin les attaques, chez le malade de la XLIIIe observation, suivirent immédiatement l'ablation d'un ganglion : opé-

ration moins douloureuse encore qu'émouvante, pour un sujet lymphatique, féminin et pusillanime.

Les causes morales proprement dites sont mentionnées 35 fois dans notre statistique. Tantôt il s'agit, comme pour, l'homme de lettres, cité par Breuillard, et d'ailleurs héréditairement prédisposé, d'un chagrin violent (obs. II) ; tantôt d'une simple contrariété (obs. V, Bastien) ; tantôt d'une nouvelle fâcheuse (obs. XIII, Brachet) ; tantôt d'une grande frayeur (obs. XVI, Maisonneuve) ; tantôt, enfin, d'excès de travail ; tel était le cas d'un écolier dont l'observation est rapportée par Breuillard, et qui fut pris d'attaques violentes à la suite des inquiétudes et du coup de collier final qui accompagnent souvent la préparation des examens. Un fait curieux vient même bien à point pour montrer que l'hystérie, chez l'homme, peut coexister avec des instincts sexuels, parfaitement normaux ; c'est celui de ce jeune anglais, dont l'histoire est rapportée par Tulpius, qui, devenu subitement cataleptique, en apprenant les dédains de la jeune fille qu'il aimait, guérit aussitôt qu'on l'eut assuré d'un sort plus doux.

Chez les personnes éclairées, dans les villes, l'hystérie est généralement sporadique : c'est-à-dire qu'elle frappe isolément ses victimes et que l'exemple de ceux qui en sont atteints n'a que peu d'influence sur ceux qui les entourent ; il n'en est pas de même chez les individus qui sont appelés à vivre en commun, ou du moins, dont la vie individuelle est moins assurée. Il n'en est pas de même, non plus, chez les sujets très jeunes, dont l'esprit d'imitation est, comme on le sait, encore très marqué. Aussi voit-on les religieux, les paysans, les enfants dans les écoles, atteints

d'hystérie, (sous l'influence d'une quelconque des causes que nous avons énumérées), devenir le point de départ de véritables épidémies que l'on réprimait autrefois par des moyens violents et que l'on se borne à éteindre aujourd'hui en isolant les malades.

Ainsi sont nées et se sont développées les grandes épidémies d'hystérie à forme démoniaque du moyen âge, dont Calmeil a donné une description si pleine de mouvement et d'érudition ; telle a été également la cause de l'épidémie plus modeste et plus récente de Morzines dont nous devons à M. Constant une bonne relation.

Quelques faits de contagion, pour être moins étendus et pour être passés presqu'inaperçus, n'en sont pas moins intéressants et n'en méritent pas moins le nom d'épidémie d'hystérie. Ils ont surtout atteint des prêtres et des enfants. Vieri rapporte que les enfants de l'hospice d'Amsterdam furent pris de convulsions et vomissaient des clous, des aiguilles, des étoupes, qu'ils avaient avalés à l'insu de tout le monde ; d'après Favrot un religieux étant tombé en catalepsie pendant l'office divin alors qu'il disait en s'agenouillant : *consommatum est*, un de ses collègues voulant le remplacer fut pris du même mal, au même moment et en prononçant les mêmes paroles. Tel est également le cas du Père Surin, qui à force d'exorciser se sentit lui-même possédé par le Diable, et présenta tous les signes que l'on reconnaissait alors à la Possession ; citons enfin dans un ordre d'idées connexes, la toute récente épidémie de tétanie dans une école de Gentilly, dont M. Jules Simon a rapporté l'histoire.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES DES HYSTÉRIQUES

Lorsqu'on se fait raconter l'histoire des hystériques, on s'aperçoit bientôt que si leurs accidents hystériques proprement dits remontent à une époque plus ou moins bien déterminée, ils n'en ont pas moins présenté toute leur vie des troubles du système nerveux : manifestations vagues de la constitution névropathique dont ils ont hérité, et premières ébauches d'une situation pathologique qui sera plus tard mieux définie.

C'est ainsi que presque tous les malades sont signalés comme ayant montré bien avant les premières attaques un caractère difficile, une impressionnabilité extrême. Il suffira pour s'en convaincre de parcourir les tableaux synoptiques, que nous avons ajoutés à notre travail.

D'autres fois, les accidents précurseurs de l'hystérie, au lieu de se manifester uniquement par des troubles du caractère et de la sensibilité morale, semblent se localiser et se caractériser d'une manière plus précise : ils se traduisent alors par un certain nombre de phénomènes qui, pour n'être pas propres aux futurs hystériques, signalent comme héréditaires de névropathie tous ceux qui les présentent à un certain degré.

Parmi ces symptômes, l'onanisme, les excès vénériens, l'excitation anormale et exagérée du sens de la génération,

en un mot, méritent de fixer l'attention. Sur 78 cas, l'onanisme invétéré et incoercible est signalé neuf fois et son absence est mentionnée quatre fois ; les excès vénériens ont été remarqués sept fois et leur non-existence quatre fois. En résumé, sur 78 cas, nous en avons dix seulement où l'excitation génésique a été remarquée et huit où les observateurs l'ont vainement recherchée ; et nous voyons, par conséquent que les excès génitaux, sous quelque forme qu'ils se présentent, ne semblent avoir avec l'hystérie chez l'homme comme chez la femme aucune connexion particulière.

Nous en dirons autant de certains troubles du mouvement et des fonctions organiques communs chez les névropathes : nous voulons parler de l'incontinence d'urine, du bégaiement et autres lésions de la parole, de la chorée, etc. — Or, sur 78 observations, nous ne voyons que très rarement mentionnées ces diverses affections dans les antécédents pathologiques des malades.

Nous conclurons donc en avançant que, comme tous les névropathes héréditaires, les hystériques présentent des vices de conformation physique, des habitudes morbides, des stigmates de la déchéance nerveuse dont ils sont atteints, mais que ces stigmates sont peut-être encore moins nombreux et moins graves chez eux que chez beaucoup d'autres, et qu'en tous cas ils ne présentent rien qui soit spécial à l'hystérie.

II. — DES FORMES DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

L'hystérie chez l'homme ne diffère en rien de l'hystérie chez la femme. Nous avons vu que les causes prédispo-

santes et déterminantes étaient à peu près les mêmes dans l'un et l'autre sexe, nous allons essayer de montrer que la même identité se poursuit dans l'allure générale et dans les formes de la maladie.

Nous décrirons d'abord en quelques mots la forme vulgaire ou convulsive, puis les formes vaporeuses et locales : nous terminerons enfin par l'étude de quelques formes accessoires qui peuvent, il est vrai, se montrer à l'état d'isolement, mais qui coexistent le plus souvent avec les précédentes. Nous voulons parler des formes délirante, somnambulique et extatique, et de la forme choréique, sur laquelle l'attention n'a pas encore été fixée d'une façon suffisante.

Nous serons bref dans cette partie de notre travail : notre but n'étant pas de décrire chez l'homme les diverses formes de l'hystérie dont la femme offre de si nombreux exemples, mais bien de montrer l'identité de la névrose dans les deux sexes, sa fréquence dans le sexe masculin et de faire ressortir les quelques points qui sont particuliers à ce dernier.

FORME CONVULSIVE. — GRANDE ATTAQUE D'HYSTÉRIE CONVULSIVE.

1° *Prodromes.* — L'attaque est généralement annoncée et précédée de quelques instants par des troubles de la sensibilité. Beaucoup de malades se plaignent alors de céphalalgie frontale, souvent localisée au-dessus des orbites (céphalalgie sus-orbitaire) et se présentant quelquefois sous forme de clou hystérique : comme chez le malade de Briquet, qui fait l'objet de notre huitième observation et chez

celui de Foet, dont le clou occupait la région temporale.

D'autres fois, comme chez un malade de Breuillard, les prodromes consistent en douleurs névralgiques, occupant le plus souvent la sphère du trijumeau. Chez un malade de Siredey, l'accès convulsif était précédé d'une douleur violente au-dessous du sein droit, déterminant un état quasi-syncopal. D'autres se plaignent de fourmillements et d'une sensation de froid dans les membres, symptômes auxquels peut s'ajouter un certain degré de parésie.

Ces prodromes, qu'ils soient seuls ou associés, précèdent presque toujours l'attaque convulsive ; il peut s'y joindre quelques phénomènes prodromiques plus rares : l'hématémèse, par exemple, signalée dans une observation, et l'épistaxis, signalée dans une de celles de Billod, — le hoquet, etc.

2° *Attaque. — Période convulsive.* — Il ne saurait entrer dans notre programme de décrire l'attaque vulgaire d'hystérie convulsive, qui a été complètement décrite chez la femme dans ces derniers temps par MM. Charcot, Richer et autres, et qui ne diffère en rien chez l'homme de ce qu'elle est dans le sexe féminin ; nous dirons seulement, pour mieux faire ressortir cette identité, quelques mots de la *Boule hystérique.*

On sait combien chez la femme cette sensation est commune : toutes, les plus simples comme les plus rouées, signalent avant leurs attaques ce globe singulier, qui sort de l'un de leurs flancs ou de la région épigastrique, remonte le long du sternum, arrive au cou, les étrangle, les étouffe, et toutes, sans s'être donné le mot, disent à l'envie : « Je sens ma boule qui remonte et me serre le cou. » Toutes tombent dans une attaque convulsive, et leur pre-

mier geste est de porter la main à leur cou, de le labourer de leurs ongles, pour s'arracher à l'étreinte de l'ennemi invisible qui l'enserre.

On peut avancer sans se tromper, que chez les hommes hystériques, cette sensation de boule est non moins bien caractérisée et non moins commune. Sur nos 78 malades nous en trouvons 51 qui aient eu des attaques véritablement convulsives, et sur ce nombre, 40 sont désignés comme ayant ressenti la boule, au début de leurs accès et il n'en est que 2 chez qui son absence soit expressément signalée.

Comme chez la femme, la boule part de l'une des fosses iliaques ou de l'épigastre, remonte derrière le sternum, arrive au cou où elle détermine une violente sensation de strangulation et des mouvements défensifs désespérés de la part du malade ; souvent même elle fait du creux épigastrique au cou plusieurs voyages : montant, descendant et remontant un certain nombre de fois avant la chute du sujet.

Il est des cas où les caractères de l'accès hystérique, tout en restant essentiellement les mêmes, sont quelquefois modifiés quant à leur forme, dans l'observation très intéressante de Maricourt, par exemple, le malade atteint d'une hystérie grave des plus protéiformes, avait d'abord un violent mal de tête qui courait de la nuque au front, puis il ressentait une sorte de courant chaud qui allait de la région épigastrique au cou. Il tombait alors ; et sa pâleur, son insensibilité complète, son trismus, eussent fait croire à de l'épilepsie si les membres ne fussent restés souples et si la connaissance ne fût restée entière.

Dans l'une des observations de M. Chambard, celle de D...

la sensation de boule offrait des caractères assez singuliers : le malade ressentait deux rouleaux qui cheminaient avec une grande lenteur de chaque côté du thorax, de la dernière côte au creux épigastrique : en ce point les deux sensations se confondaient en une sensation unique de boule, montant avec une bien plus grande rapidité derrière le sternum, arrivant enfin au cou où elle causait la strangulation suivie de chute et de convulsions.

Nous passons rapidement sur le caractère de l'attaque elle-même : le malade tombe, se débat, a des convulsions toniques quelquefois, cloniques le plus souvent, qui nécessitent le concours de plusieurs personnes ; la connaissance semble perdue, l'insensibilité est complète, mais au retour de l'état normal, il conserve un souvenir plus ou moins vague de ce qui s'est passé, à moins que l'attaque n'ait offert un type sur lequel nous aurons à revenir : le type amnésique, par suite de l'adjonction d'un élément nouveau : le somnambulisme.

Comme chez la femme, l'attaque se termine par des accès intempestifs et immodérés de rires et de pleurs, par des sanglots, et souvent par une émission volontaire et quelquefois involontaire d'urines, claires, pâles, limpides et abondantes. Cette dernière crise est signalée sept ou huit fois dans notre relevé statistique.

Tout le monde connaît l'action qu'exerce sur les attaques hystériques et hystéro-épileptiques, la compression des ovaires : scientifiquement étudiée dans ces dernières années par M. Charcot et déjà indiquée par Villis, qui dès le XVIIe siècle comprimait l'abdomen, Mercado, Monardie, et plus récemment par Négrier ; appliquée inconsciemment aussi par

les porteurs de « secours » du cimetière de Saint-Médard.

Il était naturel, en présence de ces faits, de rechercher si la compression de l'ovaire mâle, du testicule, n'aurait pas une action analogue sur la marche des attaques d'hystérie masculine, et il est sans doute peu d'observateurs par qui l'expérience n'ait été tentée. Nous n'avons encore cependant qu'un petit nombre de résultats positifs, et aucun d'eux n'est analysé avec assez de détails pour emporter une conviction absolue.

La première observation connue est celle de Foët, relative à un homme chez qui la compression du testicule gauche faisait disparaître les attaques en une minute. Un malade de Breuillard avait de violentes attaques convulsives, que la compression du testicule « suspendait ». Chez le malade de Mathieu, qui était atteint d'hémiplégie et d'hémianesthésie gauches, le testicule du même côté était douloureux, mais il n'est pas question que sa compression ait eu la moindre influence sur les attaques ; chez le malade de Maricourt, au contraire, elle était suivie de succès : chez celui d'Arou enfin, l'application de compresses, mouillées d'eau froide, sur les parties génitales, réussit d'abord à arrêter les convulsions, mais ne tardfi pas à ne plus être suivie d'aucun effet.

FORMES NON CONVULSIVES.

1° *Forme vaporeuse.* — Comme chez la femme, l'attaque hystérique peut chez l'homme être fruste : les prodromes existent, les épiphénomènes, les phénomènes critiques tels que pleurs, sanglots, miction d'urine claire et

abondante les suivent, mais l'accès convulsif proprement dit fait défaut ou se réduit à quelques contorsions, à quelques pandiculations de courte durée. Tel était, par exemple le cas du malade observé par Breuillard, chez lequel tout consistait en nausées, éructations, baillements, sensations de strangulation, sanglots, accompagnés de raideur des membres, de tympanite et suivis de larmes abondantes, qui amenaient, dit l'observateur, un soulagement extrême.

Tel était encore ce malade de Scipion Pinel, qui ressentait parfaitement l'ascension d'une boule, montant à la gorge, et y déterminant des menaces de strangulation, et qui était toujours, au moment de ses accès, sur le point de perdre connaissance sans la perdre jamais.

D'autres fois, l'attaque fruste est encore plus incomplète et les prodromes habituels : boule, strangulation, font eux-mêmes défaut. Sydenham parle d'un homme de condition et d'esprit (devenu très anémique à la suite d'une fièvre qui avait été traitée, selon la mode du temps, par de copieuses saignées) et dont les accès consistaient uniquement en une expression pleureuse de la physionomie, puis en pleurs, soupirs et gémissements, qui n'étaient jamais suivis de perte de connaissance et qui allaient « presque jusqu'aux convulsions. » Nous pourrions citer encore un certain nombre de cas de cette espèce, que l'on retrouvera facilement en consultant le relevé statistique que nous avons joint à notre thèse.

2° *Formes locales.* — Depuis quelque temps l'attention des observateurs est attirée, en Angleterre surtout, sur les formes locales de l'hystérie et Brodie, notamment, a publié sur les affections nerveuses locales, des leçons dans lesquel-

les les affections hystériques occupent une place importante. Nous avons voulu également savoir si chez l'homme l'hystérie se présentait quelquefois comme chez la femme sous cette forme.

Le diagnostic des manifestations locales de l'hystérie offre souvent de grandes difficultés, et c'est surtout dans les cas de ce genre, que le clinicien doit tenir un grand compte des antécédents du malade qu'il observe, et de la marche du trouble fonctionnel qu'il a sous les yeux, bien plus encore que des caractères cliniques qu'il présente au moment de l'examen. Qu'un malade se présente, en effet, avec tous les signes d'une tumeur blanche coxo-fémorale : il pourra être fort difficile, si l'affection est ancienne, d'en établir le diagnostic différentiel, en dépit des signes objectifs qui sont longuement décrits dans les traités de pathologie.

Mais la tâche du médecin sera grandement facilitée, s'il a soin de s'enquérir du mode de début de l'affection, de sa marche et des antécédents pathologiques du sujet. Apprend-il, en effet, que les symptômes articulaires ont débuté brusquement, que la raideur et la pseudo-ankylose de l'articulation ont atteint en peu de jours et quelquefois en peu d'heures, leur degré le plus élevé ; apprend-il, de plus, que son malade a présenté de tout temps des symptômes physiques et fonctionnels d'hystérie, qu'il a offert d'autres manifestations hystériques : indiscutables le doute ne lui sera plus permis et son diagnostic sera établi sur de grandes probabilités au grand bien de son client.

Or, nous n'avons pas rencontré dans nos observations de faits d'hystérie locale bien caractérisée, mais nous pensons qu'il est bon d'attirer sur ce point l'attention de ceux qui,

après nous, s'occuperont de l'hystérie masculine. Nous aurions cependant à signaler certains faits d'anesthésie et de tremblement localisés, sur lesquels nous aurons à revenir, et nous pourrions citer un jeune ecclésiastique, donné comme hystérique par Graves, qui, pour tout symptôme, ressentait une gène considérable de la déglutition.

FORME CHORÉIQUE

On sait depuis longtemps que la chorée atteint de préférence les jeunes filles, et parmi celles-ci, les filles nerveuses et facilement impressionnables. Pendant longtemps cependant la relation de la chorée avec l'hystérie a échappé à l'attention des observateurs.

Bien plus, la chorée était jusqu'à ces dernières années, en dépit des travaux nombreux qui lui avaient été consacrés, décrite comme une maladie essentielle au même titre que l'hystérie, l'épilepsie et à côté de ces névroses. Marce, lui-même, cet esprit si clair et si ingénieux, en décrivant l'état mental des choréiques, tombe dans la même erreur d'interprétation et méconnaît les diverses espèces nosologiques de cette affection.

C'est à M. Germain Sée que nous devons, dans un mémoire resté célèbre et à bon droit, la première tentative sérieuse de classification nosologique des chorées ; mais si l'éminent professeur met heureusement en relief les rapports indiscutables qui unissent la chorée avec le rhumatisme, il laisse dans l'ombre la chorée hystérique, et regarde comme de fausses chorées les troubles locomoteurs choréiformes, qui se rencontrent dans l'hystérie.

Plus tard, Briquet et M. Bernutz ont complètement partagé cette manière de voir.

La distinction que fait M. Sée entre les fausses chorées et la chorée véritable, est d'ailleurs parfaitement fondée au point de vue symptomatique. La vraie chorée est celle dont Sydenham a donné une description si complète et si imagée : « La danse de Saint-Guy, dit-il, est une sorte de convulsion « qui arrive principalement aux enfants de l'un et l'autre « sexe, depuis l'âge de dix ans jusqu'à la puberté. Elle « commence d'abord par une espèce de boitement ou « plutôt de faiblesse d'une jambe, que le malade tourne « comme le font les insensés. Ensuite, elle attaque le bras « du même côté : ce bras étant appuyé sur la poitrine ou « ailleurs, le malade ne saurait le retenir un moment dans la « même situation, et quelque effort qu'il fasse pour en venir « à bout, la distorsion convulsive de cette partie la fait » continuellement changer de place. Avant que le malade « puisse porter un verre à sa bouche, il fait mille ges- « tes et mille contours. Ne pouvant l'y porter en ligne « droite, parce que la main est arrêtée par la convulsion, « il le tourne de côté et d'autre, jusqu'à ce que les lèvres se « trouvent à la portée du verre ; il sable promptement sa « boisson, et l'avale tout d'un trait. On dirait qu'il ne cher- « che qu'à faire rire les assistants. »

Bien différentes dans leurs caractères objectifs sont les pseudo-chorées, aussi, doivent-elles être au point de vue descriptif, séparées de la chorée de Sydenham : quel rapport trouverait-on, en effet, à ce point de vue, entre la chorée commune et la scélotyrbe festinans de Galien, la chorée procursive, rotatoire, vibratoire, malléatoire, gesticula-

toire, mimique ou expressive, le tarentisme, les convulsions partielles du diaphragme et du larynx, produisant la toux, le hoquet, l'aboiement hystériques, et de grands mouvements d'ensemble que M. Charcot a heureusement désignés d'un nom générique : le clownisme ?

La distinction établie par M. Sée, et après lui par MM. Briquet et Bernutz, est donc, à notre sens, parfaitement justifiée ; c'est avec raison que le premier de ces auteurs fait remarquer que, tandis que la chorée à type vulgaire est presque toujours rhumatismale, les chorées anomales sont dues le plus souvent à des lésions du système nerveux central, ou symptomatiques de l'hystérie. Chez les hystériques cependant, on peut rencontrer et l'on rencontre, plus souvent que ne le ferait croire le silence presque absolu des auteurs au sujet de la chorée hystérique, la plupart des formes de chorée vraie et de fausse chorée. Il y a quelques années, M. le Professeur Charcot publiait deux observations de chorée hystérique, l'une simple, l'autre rythmique, et dans sa thèse M. Chambard doit donner plusieurs exemples de l'une et de l'autre de ces formes d'incoordination motrice.

Le tableau qui va suivre nous a été communiqué par M. Chambard : il représente une tentative de classification des chorées au point de vue purement symptomatologique et abstraction faite de toute préoccupation pathogénique : nous essayerons de montrer ensuite, que si la chorée n'est pas rare chez les femmes hystériques, on la rencontre aussi chez les hommes atteints de la même maladie, et que chez ceux-ci comme chez celles-là, la plupart des formes de chorée se trouve représentées. Nous n'aurons pour faire

cette démonstration qu'à consulter le relevé de nos observations.

CLASSIFICATION SYMPTOMATOLOGIQUE DES CHORÉES

A. — *Chorée vraie, arythmique, commune* (type de Sydenham).

B. — *Pseudo-chorées.*

1° Rythmiques : α : Inexpressives : Ch. oscillatoire. Malléatoire.
Vibratoire.
Tremblement choréiforme.
Ch. rotatoire.

β. Expressives : Ch. procursive, festinans.
Mimiques. Saltatoire (Tarentisme).
Gesticulatoire.

2° Systématiques. α. Diffuses. — Athétose.
Crampe des écrivains.
Ch. phonétique (bégaiement).

β. Partielles. (Tics) : Oculaires, Faciaux.
Tics des membres et du tronc.
Tics viscéraux : T. laryngé.
T. phrénique.

C. — Chorée électrique de Dubini, Hœrtel de Birkensfeld, Pignacca, Stefanini, n'a aucun rapport, ni de causalité, ni d'aspect, avec la chorée vraie et la pseudo-chorée, et doit en être absolument séparée.

La plupart de ces formes se rencontrent chez les hystériques dont nous avons analysé les observations. Un des exemples les plus remarquables nous en est fourni par un homme de 60 ans, cité par Bonnemaison, fils de mère hystérique et frère d'hypochondriaque et par conséquent fortement prédisposé aux affections nerveuses. Cet homme, très impressionnable et hypochondriaque lui-même, avait des accès caractérisés par des cris, des aboiements involontaires, des mouvements rythmiques des doigts et des mains, en même temps que des paroles, toujours les mêmes, s'échappaient involontairement de sa bouche.

Un autre malade de Bonnemaison, un officier de 45 ans, avait également des accès de chorée festinans et laryngée, mais accompagnés d'impulsions violentes : il criait, hurlait, aboyait, courait droit devant lui, brisant tout ce qui lui tombait sous la main, pour échapper, disait-il, à l'atroce douleur qu'il ressentait aux yeux et à la tête, et dont l'apparition servait toujours de prélude à chacune de ses crises.

Un exemple non moins remarquable nous est fourni aussi par le malade de Michea : jeune garçon de 14 ans, chez qui l'accès commençait par de la céphalalgie, de l'impatience, de l'agitation, un plissement vertical des téguments du front ; puis il poussait un cri guttural semblable à un aboiement, la langue sortait de sa bouche, et se recourbait soit en haut, soit en bas ; il se livrait aussi à des cabrioles variées, dans lesquelles il déployait une force et une agilité surprenantes, et la crise se terminait sans qu'il conservât le moindre souvenir des faits qui l'avaient caractérisée.

FORMES SOMNAMBULIQUES ET EXTATIQUES

On sait combien le somnambulisme spontané ou provoqué est commun chez les femmes, et surtout chez les hystériques. Il n'entre pas dans notre pensée de décrire ici cette névrose singulière qui se présente chez l'homme et la femme sous des aspects presque identiques : on en trouvera une étude complète dans le livre de Dubois d'Amiens et Burdin, dans lequel toute l'histoire académique de la question est longuement traitée ; on consultera enfin avec fruit l'article remarquable de M. Dechambre, ceux de MM. Richet, Chambard, et enfin la brochure dernièrement publiée en Allemagne par M. Heidenhain. Nous donnerons à la fin de notre étude, l'indication bibliographique de ces différents travaux.

Nous nous proposons seulement, de montrer que chez l'homme hystérique, le somnambulisme existe, et présente les mêmes caractères que chez la femme : il nous suffira pour justifier notre assertion, de renvoyer le lecteur aux deux observations de somnambulisme hystérique chez l'homme, les plus complètes qui aient été publiées : celles de M. Despine et celle de M. Chambard.

Cette dernière observation renferme un détail intéressant, qui montre bien quelle est la mobilité des affections de nature hystérique, et avec quelle facilité certains accidents disparaissent, sous l'influence des causes les plus inattendues et en apparence les moins importantes. Le malade de M. Chambard était arrivé à l'hôpital avec une paralysie

complète du bras droit, et il a suffi d'une seule séance d'hypnotisation pour rendre à ce membre, sous nos yeux, et d'une manière définitive, toute sa force et toute son agilité. Il est bien entendu que toutes les précautions avaient été prises, pour se mettre à l'abri d'une supercherie de la part du malade, qui avait été observé depuis assez longtemps, pour qu'on eût toute raison de croire à la réalité de la monoplégie brachiale.

L'extase accompagne souvent le somnambulisme hystérique et affecte souvent le caractère religieux ; nous la trouvons signalée avec ce caractère dans l'observation de M. Despine, et nous en trouvons de nombreux exemples, en analysant les cas de démonopathie, dont fourmille l'histoire des maladies mentales pendant le moyen-âge : il suffira, pour s'en convaincre, de parcourir le livre si intéressant de Calmeil.

FORMES CATALEPTIQUES ET DÉMONIAQUES

C'est à dessein que nous réunissons les formes somnambulique, extatique, cataleptique et démoniaque de l'hystérie. Ces formes sont, en effet, presque toujours groupées entre elles dans les cas sporadiques ou épidémiques d'hystérie démoniaque : rares aujourd'hui, mais si communs autrefois, alors que les préoccupations religieuses régnaient en maîtresses dans les consciences, et que la grande affaire de la vie était de n'être pas brûlé après la mort... ni avant.

Les convulsionnaires des Cévennes et de Saint-Médard,

les paysans de Morzines, à une époque plus récente, nous fournissent un grand nombre de faits d'hystérie dans les deux sexes, accompagnés de phénomènes extatiques, cataleptiques et de délire religieux, et de nos jours même, on rencontre de temps en temps des faits de ce genre qui ont encore le privilége d'émouvoir certaines populations et de jeter certains savants en d'étranges erreurs. La fameuse Louise Lateau, qui fit tant de bruit il y a quelques années, et qui fut si fatale à certaines réputations médicales, n'était autre chose qu'une représentante de l'arrière garde des hystéro-démonopathes des siècles passés.

DIAGNOSTIC

Personne n'ignore la difficulté que peut présenter le diagnostic de l'hystérie, et chacun conserve dans sa mémoire le souvenir d'erreurs capitales, commises par les médecins les plus autorisés. Certaines hystériques vont d'hôpital en hôpital, toujours mourantes et toujours condamnées; les diagnostics les plus graves s'accumulent sur leurs têtes : tantôt on les croit atteintes de péritonite, tantôt de méningite tuberculeuse, tantôt de tuberculose pulmonaire ; elles vieillissent dans les services hospitaliers, exemple toujours vivant des difficultés considérables, dont le diagnostic de certaines formes d'hystérie peut être entouré. Nous nous souvenons, pour notre part, d'avoir vu, il y a plusieurs années, dans un des services de Clinique les plus fréquentés de Paris, une hystérique qui présentait, y compris la fièvre, tous les symptômes d'une méningite spinale et tel fut le diagnostic du professeur ; l'année dernière encore, nous rencontrons dans le service de notre maître M. Ollivier, à l'hôpital Necker, une hystérique hypochondriaque et toujours gémissante, cliente assidue des hôpitaux, qui survivait encore à des diagnostics tels que ceux de : méningite tuberculeuse, péritonite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire, et semblait s'être fait, de la tuberculose sous toutes ses formes, une spécialité. Cette fois l'erreur fut évitée et l'hystérie reconnue.

Les cas de ce genre se rencontrent également chez les hommes hystériques, et ce sont les seuls dont nous ayons l'intention de nous occuper ; car il ne saurait entrer dans notre plan, d'établir le diagnostic différentiel des formes communes de la névrose hystérique : tâche qui est remplie depuis longtemps par les auteurs qui se sont occupé de l'hystérie féminine. Le point que nous abordons, au contraire, ne semble pas avoir encore attiré, bien sérieusement, l'attention des observateurs.

Parmi les quatre-vingts observations que nous avons dépouillées, il s'en trouve quelques-unes, dans lesquelles le diagnostic présentait des difficultés analogues à celles auxquelles nous venons de faire allusion. Nous citerons, comme exemples, quelques-unes des plus remarquables.

Un écolier, dont l'observation est rapportée par Breuillard, perd connaissance, et le médecin chargé de lui donner des soins le trouve avec le facies vultueux, la respiration saccadée, des menaces d'asphyxie, la peau chaude et couverte de sueur, le pouls fréquent et battant 120 fois par minute, et bientôt il assiste à de violentes convulsions généralisées. Il porte le diagnostic de méningite. — Cependant les attaques continuent pendant cinq jours, et l'enfant guérit de ces accidents, purement hystériques, qui avaient succédé à des excès de travail causés par la préparation d'un examen.

L'observation de M. Siredey que nous avons déjà eu l'occasion de citer, est plus intéressante encore ; car non-seulement l'hystérie s'y montre sous une forme insolite et d'une gravité toute particulière, mais encore il se mêle aux

accidents hystériques des accidents goutteux, de sorte qu'il fallait, de la part des médecins chargés de suivre un cas pareil, une plus grande sagacité et une connaissance approfondie de l'hystérie et de l'arthritis, pour démêler ce qui appartenait à l'une et à l'autre de ces maladies constitutionnelles. L'intérêt de cette observation est si grand, que nous croyons devoir la résumer dans ce qu'elle a de plus important.

Un négociant de 41 ans, bien constitué, exempt d'alcoolisme et d'excès génésiques, mais héréditairement prédisposé, puisqu'il a une mère de 70 ans, encore en proie à des attaques hystériques, une sœur profondément hystérique, et un frère épileptique, fut atteint dès l'âge de 13 ans, d'attaques d'hystérie convulsive.

A 30 ans, surviennent : une toux incessante, d'abord accompagnée d'expectoration sanglante, puis sèche, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de la céphalalgie, de l'inappétence, et une faiblesse croissante. En voilà plus qu'il n'en fallait pour faire penser à un début de tuberculose pulmonaire : tel fut l'avis de MM. Siredey, Trousseau et Rayer ; M. Monneret cependant, probablement mieux au courant des antécédents du malade, diagnostiqua : une toux nerveuse et un état catharrhal, sans tubercules.

L'année suivante, les mêmes symptômes, après s'être amendés, reviennent avec une nouvelle intensité, à la suite d'un revers de fortune dont le malade s'était montré très affecté ; il s'y joint même quelques râles au sommet droit. Cet état s'accompagne d'une profonde cachexie physique et morale : le malade n'a plus aucun appétit, ses jambes

s'œdématient, une phlébite se déclare à l'une de ses jambes, l'amaigrissement devient squelettique, et tout travail est désormais impossible.

La phlébite de l'un des membres inférieurs, et divers autres accidents, tels que des névralgies intercostales, des palpitations de cœur sans lésions valvulaires, l'abence de lésions bien caractéristiques de tuberculose pulmonaire, poussent M. Siredey à abandonner son premier diagnostic, à attribuer les accidents, dont souffre son malade, à la diathèse goutteuse et à le traiter en conséquence ; mais voici des phénomènes nouveaux qui viennent compliquer singulièrement la situation.

Ces phénomènes nouveaux sont des attaques, qui se renouvellent pendant deux ans à des intervalles irréguliers. Le malade éprouve un malaise vague, une douleur violente au-dessous du sein droit, et tombe dans un état syncopal ; « pâleur livide, yeux fermés, céphalalgie vio-« lente ; il reste courbé en avant, faisant les plus grands « efforts de respiration pour saisir l'air qui lui manque, la « respiration est sûspirieuse, haletante, entrecoupée de « toux sèche et quinteuse, la peau est couverte d'une sueur « froide, le pouls dépasse rarement soixante-dix ou qua-« tre-vingt pulsations par minute. » La durée de ces accès varie de quelques minutes à deux ou trois heures. Devant cette nouvelle phase de la maladie, M. Moissenet diagnostique « un asthme goutteux, cardio-pulmonaire », et M. Bouillaud « une névrose complexe, hystéro-épileptique. »

Quelques jours après, survinrent des phénomènes qui confirmèrent pleinement le diagnostic de M. Moissenet. Ce

fut une anesthésie presque complète du petit doigt et du côté externe de l'annulaire (anesthésie du cubital), et un gonflement douloureux du gros orteil, du pied gauche d'abord, puis du pied droit. Devant cette manifestation, dont la nature goutteuse ne pouvait être l'objet d'aucun doute, les phénomènes nerveux s'amendèrent notablement.

Cette amélioration ne fut cependant pas de longue durée : bientôt des attaques syncopales reparurent : le malade, pour calmer ses souffrances et obtenir un peu de sommeil, prit l'habitude de prendre de l'opium, et arriva à des doses considérables, allant jusqu'à 2 gr. 50 de chlorhydrate de morphine chaque jour.

Il tomba rapidement dans une cachexie physique et intellectuelle extrêmement prononcée, dont une bonne part doit être rapportée au morphinisme, et ce n'est que lorsque l'on parvint, en l'effrayant sur les conséquences de ce genre d'excès, à le faire renoncer à la morphine, que son état général s'améliora un peu, et que les fonctions digestives, notamment, devinrent plus satisfaisantes ; il n'en fut pas de même des fonctions intellectuelles qui demeurèrent très affaiblies.

Cette remarquable observation, que nous conseillons de lire *in extenso* dans la *Thèse de* Petit, montre bien les difficultés dont peut s'entourer le diagnostic de l'hystérie ; elle concerne un homme en proie à l'évolution de deux maladies, qui empiètent l'une sur l'autre, et se compliquent à une période plus avancée d'un élément nouveau : le morphinisme chronique. Certes, à ne prendre que les symptômes qu'a présentés ce malade à partir de l'âge de trente ans, peut-être pourrait-on rapporter ceux d'entre eux qui affec-

taient principalement le système nerveux, à l'arthritis, à la diathèse goutteuse, ainsi que l'avait fait M. Moissenet; mais l'étude de ses antécédents personnels et héréditaires aurait permis d'affirmer que le malade n'était pas seulement un goutteux, mais était encore un névropathe, et même si les renseignements peuvent être regardés comme tout-à-fait exacts, un hystérique.

TRAITEMENT

Le traitement de l'hystérie a, de tout temps, préoccupé les cliniciens : nous ne prétendons pas reprendre *in extenso* une question aussi vaste et tant de fois abordée, nous voulons seulement en poser les considérations principales, et insister sur quelques points particuliers, qui ressortent de l'étude symptomatologique à laquelle nous nous sommes livré.

La thérapeutique ayant à combattre une maladie protéiforme, par excellence, devra être elle-même protéiforme, et le médecin pour soulager, sinon pour guérir des malades aussi mobiles, aussi capricieux que les hystériques, devra posséder un arsenal pour ainsi dire inépuisable de moyens moraux, hygiéniques, pharmacologiques, avec lesquels il combattra tantôt la maladie dans son ensemble, tantôt ceux de ses symptômes qui sont les plus pénibles et dont on peut le moins espérer la disparition spontanée.

L'état général du malade, les autres maladies, les autres diathèses dont il peut être atteint, devront encore être connus. Prenons par exemple le malade de M. Siredey. Cet homme était sans doute dès longtemps un hystérique ; mais chez lui l'hystérie sommeillait depuis de longues années, lorsque l'explosion de la diathèse goutteuse, longtemps silencieuse est venue la réveiller. En de semblables conjonctures, il était de bonne clinique, de traiter avant tout la maladie, qui dans l'espèce jouait, par rapport à l'hystérie, le rôle

de cause occasionnelle, et l'on devait, croyons-nous, s'y attacher plus encore qu'au traitement de l'hystérie elle-même, et c'est ce qu'ont fait les médecins qui ont donné leurs soins à ce malade.

Certaines formes spéciales devront également attirer l'attention. Un malade d'Hoffmann, jeune homme de seize ans, vigoureux et de taille élevée, avait en même temps qu'une vive douleur à l'anneau inguinal droit, une assez forte excitation génésique accompagnée d'érections continuelles. Bientôt il se plaint de constipation, de palpitations, d'assoupissement, de tendance à la syncope, et il se montre dans les membres des mouvements convulsifs, qui étaient caractéristiques, paraît-il, puisqu'Hoffmann cite son malade comme un hystérique.

Que devait faire le médecin en présence d'un cas pareil? Devait-il traiter l'hystérie ou la névrose, quelle que fût son opinion sur sa nature, ou s'attacher surtout à combattre l'état congestif de son malade, cette pléthore évidente, dont les palpitations, la tendance à l'assoupissement et jusqu'aux érections elles-mêmes étaient la conséquence? C'est évidemment le second parti, et c'est celui que prit Hoffmann qui pratiqua une saignée, qui mit fin à tous les accidents.

Bien plus, on remarqua que ces phénomènes congestifs se renouvelaient tous les mois, avec une régularité qui rappelait le phénomène de la menstruation. Il est incontestable que certains hommes, les congestifs, les arthritiques surtout, présentent, comme la femme, des signes de fluxion cataméniale, qui se traduisent par des phénomènes semblables à ceux que présentait le malade d'Hoffmann, par des troubles

du caractère et de l'intelligence, et par une poussée hémorrhoïdaire chez ceux d'entre eux qui ont des hémorrhoïdes. De ce fait découlait tout une hygiène thérapeutique, et il est évident, que la méthode antiphlogistique pouvait, en pareil cas, non-seulement mettre fin à des accidents nerveux hystériformes symptomatiques d'une fluxion cataméniale, mais encore en prévenir le retour.

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
1	*Raymond*	»	19	Pas d'hérédité. — Lecture de romans. — Onanisme. Excès vénériens.	Boule hystérique. — Attaque d'hystérie convulsive. — Émotivité extrême.— Rachialgie. — Dépression mélancolique.	Attaques déterminées par le décubitus.
2	*Petit*	Tailleur	25	Peur extrême. — Tremblement général. — Première attaque à la suite d'une querelle. — Mère nerveuse. — Chagrin violent.	Boule hystérique. — Attaque convulsive. — État de mal. — Epistaxis.	Bégaiement. Soupçon de simulation
3	*Breuillard*	Homme de lettres	26	Sœur hystérique. — Grande influence des impressions morales sur l'explosion et l'arrêt des attaques.	A 16 ans, chlore-anémie et boule. — Début des attaques à 26 ans. — Prodromes, puis attaques convulsives. — Sommeil et amnésie. — Grande impressionnabilité. — Anesthésies sensorielles et paralysie des membres, temporaires. — Vomissements.— Hématémèses.— Hoquet. — Pneumatose. — Inactivité des organes génitaux.	
4	*Desterne*	Employé de commerce	25	Mère et tante hystériques.— Rhumatisme, scrofule, impaludisme. — Attaques plus fréquentes l'été. —Première attaque dans la convalescence d'une pneumonie.	Prodromes: agitations, tristesse.—Troubles vaporeux, attaques convulsives et délirantes.	
5	*Bastien*	»	22	Première attaque à la suite d'une contrariété.	Impressionnabilité très grande.—Attaques convulsives. — Suivies de perte de connaissance et de coma extatique. — Après l'accès, boule remontante et descendante. — Hypéresthésie, puis anesthésie vertébrale et intercostale gauche. — Hémianesthésie sensorielle gauche. —Mutisme.	Tumeur sanguine de l'oreille
6	*Le Goarent*	Officier de marine	29	»	Prodromes : Tristesse. — Céphalalgie périorbitaire et péri-auriculaire, avec congestion des muqueuses — Boule. — Attaque convulsive. — Vomissements. — Sueurs — Pleurs — Miction abondante alter-	

7	*Briquet*	Cuisinier	21	Pas d'antécédents héréditaires. — [illegible] sement, pertes séminales, impressionnabilité exagérée. — Première attaque à 24 ans à la suite d'une émotion.	vulsions. — Sanglots. — Quelquefois délire. — État de mal formé d'attaques séparées par des accès comateux. — Hémianesthésie gauche sensitive et sensorielle, de la vue excepté. — Douleurs épigastriques et rachidiennes.	
8	*Briquet*	Menuisier	16	Pas d'antécédents héréditaires. — Très impressionnable. — Première attaque à la suite du coït. — Attaques déterminées ordinairement par une contrariété.	Clou hystérique. — Prodromes. — Boule. — Attaque convulsive suivie de loquacité, rires incoercibles. — Affaiblissement des membres inférieurs.	
9	*Regnault*	Lieutenant de franc-tireurs — Ingénieur	35	Très impressionnable.	Boule avec violente strangulation. — Vomissements. — Attaques convulsives.	
10	*Mahot*	Maçon	»	Marié, sobre et bien portant ordinairement.	Boule avec constriction au cou. — Douleurs abdominales. — Météorisme. — Tremblement convulsif avec perte de la parole, puis perte de connaissance. — Sensation de froid, tremblement, perte de connaissance, puis raideur spasmodique du tronc. — Sensation de corps arrondi qui parcourt le ventre puis crève avec explosion.	
11	*Bonneau*	Musicien	46	Excès vénériens. — Très grande impressionnabilité. — Accès déterminés par le contact des organes génitaux, surtout le soir.	Affaiblissement des jambes. — Accès : Picotements dans les jambes, météorisme léger, boule ascendante et descendante, soupirs, cris, quelquefois sensation voluptueuse. — Quelques mouvements involontaires. — Souvenir vague après l'accès.	
12	*Brachet*	Tailleur	35	Chagrin. — Nouvelle fâcheuse déterminant la première crise.	Boule. — Violentes attaques convulsives.	
13	*Foet*	»	»	Caractère très irritable. — Vive contrariété.	Clou temporal. — Boule. — Anesthésie générale. — Violentes convulsions avec état vultueux de la face. — Souvenir vague de l'attaque. — La compression du testicule fait disparaître l'attaque en une minute.	Compression des testicules

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
14	*Raulin*	»	30	»	Constriction et suffocation. — Froid à la plante des pieds, puis accès convulsifs.	
15	*Hoffmann*	»	16	Jeune homme vigoureux et de taille élevée.	Vive douleur à l'anneau inguinal externe.— Excitation génésique : érections. — Palpitations, strangulation, syncope, assoupissement, mouvements convulsifs des articulations. — Constipation. — Cet état se reproduit tous les mois.	Cas de fluxion cataméniale
16	*Maison-neuve*	Matelot	18	Grande frayeur suivie de convulsions.	Prodromes : Boule. — Strangulation. — Chute, cris, pas de perte de connaissance, convulsions généralisées.	
17	*Willis*	»	40	Grande tristesse. — Causant le premier accès.	Vertiges, obnubilation de la vue, convulsions oculaires, boule ascendante. « *Instar vivi animalis ab imo ventre sursum versus cor et thoracem et erinde vi caput obrepere videbatur.* » — Convulsions généralisées, puis contractures tétaniques. — Cinq ou six accès semblables en trois heures. — « *Si affectio hæc stupenda mulieri contegisset, obvium esset eam hystericam dicere.* »	Guéri par des saignées
18	*Louyer Villermay*	»	42	Frères morts de convulsions. — Chagrins violents déterminant l'attaque.	Violentes convulsions sans prodromes. — Boule roulant de l'épigastre au col et y déterminant un sentiment de strangulation. — Perte totale de connaissance. — Cet accès fut unique.	
19	*Breuillard*	Écolier	»	Les mouvements imprimés au malade ramènent les attaques. — L'affection devient contagieuse et six autres élèves ayant été atteints, on est obligé de licencier l'école. — Excès de travail en vue de pas-	Perte de connaissance. — Facies vultueux. — Respiration saccadée. — Asphyxie imminente. — Pouls à 120. — Peau chaude et sudorale. — Violentes convulsions généralisées.— Diagnostic : — Méningite.— Les attaques continuent pendant cinq jours. — Guérison	Pseudo-méningite

20	*Bonnemaison*	»	60	Hérédité. — Mère hystérique, frère hypochondriaque.	Aura épigastrique. — Cris, aboiement, miaulement, paroles involontaires, répétition du même mot, plusieurs récidives. — Aura, hoquet, éructation, cris bizarres, trismus. — Action de souffler, siffler. — Mouvements systématiques et expressifs des doigts, mains, bras. — Mouvements de danse rythmée. — Au milieu de la crise, répétition rapide du même mot. Hypéresthésie extrême surtout au front, au sternum et à l'épigastre. — Grande impressionnabilité mêlée d'hypochondrie.	Exemple de chorée systématiq., hystér.
21	*Bonnemaison*	Officier	45	Vive impressionnabilité. — La moindre excitation détermine une crise.	Crise dans laquelle le malade crie, hurle, aboie, court, brise les meubles, veut se tuer pour échapper à l'atroce douleur qu'il ressent aux yeux et à la tête et qui cause les crises. — Hypéresthésie visuelle. — Pas de perte de connaissance.	Chorée festinans et laryngée
22	*Breuillard*	Homme d'étude	26	A la suite d'un rhumatisme articulaire.	Impressionnabilité depuis le rhumatisme. — Prodromes : névralgie frontale. — Nausées. — Irritation. — Tympanite. — Baillement. — Strangulation. — Sanglots. — Troubles de la vue. — Raideur des membres. — Pleurs abondants suivis de soulagement extrême.	Influence de l'arthritis
23	*Scipion Pinel*		22	Organes génitaux peu développés. — N'avait pas eu de relations sexuelles. — Formes grêles, teint pâle et féminin. — Pas de barbe, pas de poils.	Boule. — Stangulation. — Météorisme. — Toujours sur le point de perdre connaissance sans la perdre jamais.	
24	*Sydenham*	Homme de condition et de beaucoup d'esprit	»	Anémie consécutive à une fièvre et à une saignée.	Expression pleureuse de la physionomie et accès de pleurs. — Soupirs et gémissements allant jusqu'à la convulsion.	
25	*Guibout*	Tailleur	19	Père rhumatisant. Mère hystérique. — Eczéma herpétique. — Quelques excès vénériens.	Insomnie. — Vertiges. — Céphalalgie. — Bourdonnements d'oreille. — Tremblement des paupières — Légers mouvements choréiques. — Palpitations. — Dyspnée — Météorisme. — Anesthésie douloureuse de la	Herpétisme

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
					hanche, de l'aisselle gauche et de la partie antérieure et externe du membre inférieur du même côté. — En ces points, la température est abaissée de 1 degré.	
26	*Gardien*	Cultivateur	»	Terreur. — Croit qu'on lui a jeté un sort.	Boule. — Stangulation. — Insomnie. — Cauchemar.	
27	*Henriet*	Garçon de magasin ancien soldat	32	Érysipèle.—Phlegmon profond ayant nécessité 23 coups de bistouri. — Homme blond, scrofuleux, mou, très pusillanime. — Pendant les pansements, se cramponne au lit, mord ses draps. — Sujet à de violentes colères et à une toux hystérique. — Bizarre et très impressionnable.	Pendant l'érysipèle, toux spasmodique continuelle, irrésistible pendant trois jours.	Toux hystérique
28	*Breuillard*	Jeune ecclésiastique	»	Très nerveux.	Gêne considérable et très pénible de la déglutition.	
29	*Graves*	Jardinier	20	Misère et privations.	Allures insolites, puis attaque convulsive. — Visage sardonique, écume à la bouche, sputation. — Transporté à Bicêtre. — Facies extatique, anesthésie générale. — Catalepsie. — Raideur, enfin manie avec puérilité des idées et des actes. — Guérison après plusieurs mois.	Manie hystérique
30	*Ambroise Paré* Cité par *Calmeil*	Jeune gentilhomme	»	»	Violentes convulsions générales ou partielles occupant tantôt tout le corps, tantôt le tronc, tantôt un membre ou enfin un seul segment d'un membre et nécessitant les efforts de plusieurs hommes pour contenir le malade. — Intégrité de la parole et des sens. Plus tard, on vit «que c'était un diable que tourmentait le malade, lequel se déclara lui-même parlant par la bouche du malade, du grec et du latin à foison, encore que le dit le malade ne sçait rien du grec. »	Convuls. partielles, demonopathie

31	*Schenck*	Fils d'un couturier	12	»	Terreur nocturne « Tombe à terre comme abattu du haut mal, ayant le ventre fort gros. — Perd maintenant la parole, puis se tenant la tête se mit à tourner un fort long temps sans qu'on pût le faire cesser. L'accès durait une demi heure, parfois plus et le prenait souvent la nuit. — Perdit ensuite la vue et le sentiment. Fut près d'un an entier sans pouvoir marcher ni se tenir debout » « Savait quelle heure il était encore qu'il n'ouit les horloges, j'ai quelquefois estimé qu'un malin esprit assiégeait cet enfant. Aucuns rapportent que de telles maladies tiennent de l'impiété malicieuse des sorcières. »	Hystérie et somnambulisme
32	*Vieri*	Enfants de l'hospice d'Amsterdam		»	Convulsions. — Vomissaient des clous, aiguilles, chiffons qu'ils avaient avalés à l'insu de tout le monde.	Convulsions épidémiques
33	*Calmeil*	Écolier		Jeune homme fort et robuste.	Violentes attaques convulsives bientôt partagées par les condisciples du malade au nombre de dix. Délire sur des sujets tenant à la démonopathie.	Convulsions épidémiques
34	*Arch. gén. de mé.* 1875	Père Surin, exorciste		Démonopathie contagieuse.	Convulsions démoniaques décrites par le malade lui-même.	Démonopathie
35	*Favrot*	Paysan des Cévennes		Epidémie de convulsions et de délire démoniaque.	Convulsions démoniaques. — Anesthésie et analgésie. — Délire. — Hallucinations, etc.	Démonopathie
36	*Constant*	Épidémie de Morzinnes		Démonopathie.	Suffocation. — Strangulation. — Boule hystérique. — Un enfant eut seul de l'hystérie convulsive.	idem.
37	*Favrot*	Religieux		Pendant la messe.	Au moment de la génuflexion catalepsie. — Un autre religieux voulant achever la messe est également frappé de catalepsie.	Catalepsie. — Contagion
38	*Favrot*	Prêtre romain		Pendant la messe.	Pris de catalepsie chaque fois qu'à la messe il dit : consommatum est.	Catalepsie

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
39	*Tulpius*	Jeune anglais	»	Refus d'accorder la main d'une jeune fille aimée.	Catalepsie subite. — Guéri dès qu'on lui eut crié qu'on lui accordait la main de sa fiancée.	Catalepsie
40	*Edwin Capmann*	Droguiste	21	Chagrins de famille. — Blessure au poignet.	Attaque d'hystérie, puis gaieté extrême et fou rire. — Rend beaucoup de gaz et d'urine incolore.	
41	*Yver*	Maréchal des logis	29	Mère hystérique. — Aspect féminin. Mince, fluet, imberbe, peau très fine et très blanche. — Figure mignonne. — Taille petite. — Très excitable.	Violentes convulsions ayant leur point de départ dans le creux de l'estomac. — Boule ascendante, strangulation, rire sardonique, convulsions cloniques. — Anéantissement. — Perd connaissance dès que surviennent les convulsions. Les attaques sont déterminées par la compression du creux épigastrique. — Pendant les attaques, dyspnée. Asphyxie imminente.	Aura épigastrique. La compression de l'épigastre détermine une attaque
42	*Stoicesko*	Ajusteur	19	Imberbe.—Allures féminines.— Pas d'antécédents héréditaires.-Abcès dentaire. — Insomnie, délire de 5 à 6 jours après première attaque.	Amaurose réflexe à la suite de l'abcès dentaire. — Attaques convulsives hystériformes.— Vague souvenir.	
43	*Billod*	Compositeur d'imprimerie	19	Cousin épileptique.—Premier accès consécutif à l'ablation d'un ganglion.	Fourmillements, faiblesse des jambes, céphalalgie, perte de connaissance incomplète, ivresse, boule, strangulation, convulsion, stupeur.	
44	*Billod*	»	21	»	Accès précédés de douleurs d'estomac, troubles de la vue.— Clownisme.— Pas de perte de connaissance. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Boule. Légère stupeur consécutive.	
45	*Billod*	»	25	Deux frères épileptiques à la suite de peur.	Crampes douloureuses. — Epistaxis, boule, dyspnée, perte de connaissance.— A la fin de l'accès : manie.	
46	*Siredey*	Négociant 41 ans	13	Homme robuste. — Bègue. — Intelligence presque brillante. — Très instruit, mais plus d'imagination que de jugement. — Ni alcoolisme, ni excès génésique. — Mère	A 19 ans, première attaque convulsive.— A 20 ans, signes de pneumonie : M. *Moissenet* diagnostique : toux nerveuse, pas de tubercules, état catarrhal. — *Trousseau*, *Rayer*, *Siredey*, admettent la phthisie. — Aggravation de l'état général : Exemple de ca-	Difficulté de diagnostic de l'hystérie. — Nevr. mixte hystér.-gout.

				et sœur hystériques, frère nerveux ayant eu 2 accès d'épilepsie déterminés par l'exploration d'un varicocèle.	chexie hystérique. — On abandonne l'idée de tuberculose pulmonaire. — Attaques : douleur extrême au-dessous du sein droit, état syncopal, céphalalgie violente. — Respiration suspirieuse haletante, toux sèche, quinteuse, sueur froide; M. *Moissenet* diagnostique : asthme goutteux cardio-pulmonaire. — Ces attaques se répètent et augmentent d'intensité. — Consultation de M. *Bouillaud* : Névrose hystéro-épileptique. — Anesthésie du petit doigt. — Rougeur et gonflement du gros orteil. — Névralgies diverses. — Usage de la morphine — Arrivé à s'en injecter 2 gr. 50 par jour. — Hemorrhoïdes douloureuses. — Troubles trophiques. — Cachexie physique et mentale. — Brusque changement de régime. — Meilleure alimentation, cessation de la morphine. — Grande amélioration physique, mais hypochondrie. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe, tendance à la démence.	
47	*Olllvier, d'Angers*	Homme de 63 ans	51	Tubercules du bulbe d'après l'auteur?	Boule montant de l'estomac au pharynx. — Anesthésie. — Vomissements. — Convulsions. — Perte de connaissance.	Mort de pneumonie. Deux tubercules dans le bulbe
48	*Taullier*	Homme de 45 ans	28	Célibataire. — Nervoso sanguin. — Coup sur la nuque, il y a 17 ans, attaque, 2 ans après.	A la suite d'un excès de boisson, attaques convulsives au nombre de 10 en 24 heures. — Douleur à la nuque, bourdonnements d'oreilles, anxiété épigastrique remontant au cou. — Strangulation. — Raideur des jambes. — Intelligence conservée. — Tendance à saisir et à embrasser les assistants.	
49	*Gazette médicale de Paris* 1836-721	Ancien militaire, 35 ans	35	Expulsion par les vomissements de trois ascarides énormes.	Contracture douloureuse des muscles de la face, du tronc, du cou et des membres supérieurs. — Gêne de la parole et de la déglutition. — On sent, une sorte de tumeur qui semble monter du ventre au cou où elle produit de la strangulation. — Guérison par un traitement opiacé.	Hystérie vermineuse?

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
50	*Breuillard*	Peintre en voitures, 32 ans	32	Intoxication saturnine.— Liseré. — Coliques de plomb antérieures. — Paralysie des extenseurs.	Attaques : Boule, pleurs, sanglots. — Convulsions avec perte incomplète de connaissance.	Hystérie chez un saturnin
51	*Briquet*	Peintre en bâtiments, 39 ans	29	Coliques saturnines. — Hémianesthésie et hémiparésie gauche. — Caractère irascible. — Attaques causées par des contrariétés. — Pas d'hérédité.	Vertiges. — Boule. — Attaque convulsive. — Hémianesthésie sensitive et sensorielle gauche, hémiparésie du même côté.	id.
52	*Briquet*	Imprimeur, 18 ans	15	Accidents saturnins de douze à quinze ans. — Très impressionnable.	Anesthésie dorsale, douleur, fourmillements et parésie du bras droit. — Dyspnée, palpitations, raideur des membres, accès convulsifs, puis pleurs, sanglots, prostration. — Récidive au bout d'un mois.	id.
53	*Briquet*	Peintre en décors, 29 ans	25	Mère très nerveuse. — Attaques indépendantes des émotions. — Rechute à la suite d'une émotion.	Paralysie et contraction des membres inférieurs, attaques. — Convulsion. — Anesthésie. — Arthralgie. — Céphalalgie. — Avant les attaques : boule et après : sanglots et courbature.	id.
54	*Breuillard*	Garçon de service	32	Pas d'hérédité. — Cachexie paludéenne.	Violentes attaques convulsives après lesquelles le malade rit aux éclats, grince des dents, cherche à arracher quelque chose qui l'étrangle. — Idées de suicide.—La compression du testicule suspend les accès.	Compression du testicule
55	*Mouchet*	Soldat	19	Blond. — Lymphatique. — Peau fine. — Excès de boisson.	Céphalalgie, frissons, chaleur, délire. — Diagnostic. — Fièvre pernicieuse. — Crie sans pouvoir s'en empêcher : té, té, té. — Sensation d'un corps qui monte et descend dans le larynx. — Hémianesthésie et hémiparésie droites. — Convulsions du même côté.	
56	*Scipion Pinel*	Capitaine	»	Fièvre intermittente suivie d'hématurie renouvelée tous les mois. — Si l'hématurie se supprimait par une émotion : phénomènes d'aménorrhée.	Attaques convulsives avec délire et hallucinations professionnelles, précédant de quelques jours l'hématurie mensuelle.	Menstruation chez un hystérique

57	*Vigla*	»	21	Fièvre intermittente.	Boule et attaques convulsives suivies de parésie et d'anesthésie du côté droit.	
58	*Forget*	Serrurier, 40 ans	32	»	Boule. — Attaques convulsives.	Guérison rapide par le sulfate de quinine
59	*Petit*	Peintre sur porcelaine, 28 ans	22	Pas d'hérédité. — Nerveux. — Excès alcooliques et vénériens (absinthisme). — Barbe rare. — Caractère bizarre, inégal. — Travail irrégulier. — Première attaque à la suite d'une fièvre typhoïde avec délire, syphilis datant d'un an.	Céphalalgie, diminution de la mémoire, hypéresthésie et hémiparésie gauches, rachialgie. — Soubresauts comparés par M. *Bourdon* aux mouvements du poisson qu'on écaille. — Dyspnée. — Palpitations. — Accès convulsifs suivis de perte de connaissance, suivis de rire, pleurs, miction, diplopie, subdelirium. — Sensation de strangulation. — La moindre pression à l'épigastre reproduisait le rire. — Après les attaques, état extatique.	
60	*Petit*	Cultivateur	30	Excès vénériens et alcooliques. — Premier accès à la suite d'une impression très pénible.	Strangulation. — Perte de connaissance suivie ou non de violentes convulsions. — Cyanose. — Trismus. — Pouls large et accéléré. — Peau chaude et humide. Accès alcooliques.— Désir de la mort.— Perversion des sentiments affectifs, survenant par accès sous l'influence de contrariété.	
61	*Petit*	Châlier	31	Bègue. — Excès d'absinthe. — Attaques de haut mal.	Tremblement de la parole et des membres. — Grande faiblesse des jambes surtout à gauche. — Légère hémiplégie faciale gauche. — Hémianestésie gauche sensitive et sensorielle.	Observation douteuse au point de vue de l'hystérie
62	*Hirtz*	Pensionnaire de Bicêtre, 22 ans	21	Père et grand-père morts de congestion cérébrale. — Mère sujette aux migraines et excessivement nerveuse. — Scrofule. — Carie osseuse. — Pas de rapports génésiques. — Masturbation effrénée.	A 21 ans, perte séminale et convulsions qui semblent avoir été hystériques. — Hypochondrie. — Convulsions hystériques terminées par des pleurs et réveillées par la compression du nerf sous-occipital. — Pas d'aliénation mentale. — Exeat.	La compression du nerf sous-occipital réveille les convulsions

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
63	*Martin* Service de M. Labrique — (Enfants-Malades)	»	11	Frère hystérique.	Caractère d'une jeune hystérique. — Attaques convulsives suivies d'amnésie. — Première récidive. — Accès gastralgique. — Sensation de boule. — Deuxième récidive. — La nuit, le malade s'assit sur son lit, les yeux hagards, face congestionnée, s'écrie ne plus reconnaître personne, paroles incohérentes, veut s'élancer sur les assistants, se calme peu à peu et s'endort. Au réveil souvenir confus sans fatigue. Hémianesthésie gauche complète sensitive et sensorielle. — Rétrécissement caractéristique énorme du champ visuel. — Dyschromatopsie, une forte compression du testicule gauche, n'est pas sentie. Pris de scarlatine et de rhumatisme scarlatineux. — Retour progressif de la sensibilité à gauche. — Bruit de galop cardiaque. — Albuminurie. — A la fin de la scarlatine il ne reste rien de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle. — Sort guéri en conservant un souffle systolique de moyenne intensité.	Rhumatisme scarlatineux
64	*Mathieu*	Sans profession	18	Mère hystérique. — Père musicien, intelligent, mais un peu excité. — Aptitude remarquable pour la musique, n'a jamais pu apprendre à lire, car dès qu'il fixe une page elle prend une teinte uniformément noire et brillante et le sujet est pris de vertiges. — Tempérament nerveux, irritable. — Onanisme invétéré ; incontinence nocturne d'urine.	Paralysie du voile du palais dans la convalescence d'une angine. — Guérison. Un jour, éblouissements, vertiges, Hémiplégie gauche flasque. — Au bout de 2 jours retour des mouvements dans le membre inférieur et contracture du membre supérieur, type de la flexion. Hémianesthésie gauche sensitive, mais non sensorielle le testicule gauche est douloureux à la pression. Boule ascendante avant les attaques qui sont toniques ou cloniques ; guéri au bout de six semaines.	
65	*Maricourt*	Serrurier	»	Pas d'hérédité. — Vertiges et attaques convulsives quelques jours après une chute d'un troisième étage, lorsqu'il voulut remonter sur les toits. — Attaques souvent déterminées par la contrariété.	Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 10 ans, grande irritabilité. — Anaphrodisie. — Attaques : Fourmillements partant des mains pour remonter à la tête. — Vertiges. — Douleurs au-dessus du sourcil gauche, convulsions. — Anesthésie générale et perte de connaissance. — Anorexie. — Récidive : Terreur	Tremblement hystérique

					et vertige en montant à l'échelle. — Tremblement plus marqué à gauche, puis sensation de froid, frisson. — Le tremblement s'accentue à gauche et s'accompagne de parésie et d'hémianesthésie sensitive et sensorielle. — Le malade devient incapable de travailler.— Nouvelles attaques : Vive douleur frontale au-dessus de l'arcade sourcilière droite.— Fourmillements de la jambe gauche qui est le siége d'un tremblement rythmique et régulier. — La direction des mouvements intentionnels reste précise. — Le tremblement envahit peu à peu tout le côté gauche et se complique de contracture.	
66	*Maricourt*	Vérificateur	21	Pas d'hérédité.	Chute et impossibilité de remuer sans perte de connaissance. — Une heure après, nouvelle chute précédée de la sensation d'un grand coup sur la tête et suivie d'une sensation de froid glacial aux pieds et aux mains. — Caractère des attaques : Violent mal de tête qui va de la nuque au front. — Face rouge. — Courant chaud remontant du creux de l'épigastre au cou . chute. — Pâleur de la face. — Ni convulsion ni contracture. — Résolution des membres. — Trismus. — Connaissance conservée. — Insensibilité complète. — Les mouvements surviennent peu à peu. — Soif vive.— Souvent avant la chute, scotome étincelant. — Trouble de la mémoire. — Le malade oublie ce qu'il vient de lire et ne s'en souvient que 5 ou 6 heures après. — Pendant 2 mois violente céphalée occipitale. — Enfin contracture du genou droit, pertes séminales, troubles dyspeptiques, etc.— Hémianesthésie gauche, avec contracture du même côté. — Diminution de la quantité de l'urine.	Hystérie protéiforme
67	*Maricourt*	Employé au chemin de fer du Nord	25	Mère nerveuse sans attaques d'hystérie. — Pas d'excès vénériens ni d'onanisme. — Chute sur la plante des pieds, d'un troisième étage.	Toujours très irritable. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 7 ans, qui disparut spontanément. A 12 ans chorée rotatoire : sa tête tournait brusquement vers l'épaule gauche. A 25 ans tombe d'un 3me	Attaque arrêtée par la compression du testicule gauche.

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
					étage sur la plante des pieds. — Reste huit jours privé de connaissance. — Quelques jours après attaques. Boule montant de la fosse iliaque gauche à la gorge, anxiété, suffocation, testicule gauche très douloureux. — Violentes convulsions. Nouvelles attaques : nausées, frissons, fourmillements, vertiges. — Raideur tétanique généralisée, spasme tonique, violent de l'œsophage et du larynx, boule allant de la fosse iliaque gauche au pharynx, convulsions cloniques, amnésie. On peut arrêter facilement l'attaque par la compression du testicule gauche.	
68	*Paulmier*	Employé chez un marchand de chaussures	27	Pas d'hérédité. — Pas d'excès vénériens. — Pas de féminisme.	Attaques : baillements répétés. — Malaise général. — Céphalalgie. — Etouffements, violentes palpitations, vives douleurs thoraciques, météorisme. — Cris involontaires, convulsions désordonnées. — La crise se termine par un torrent de larmes. — Depuis, plus d'accès convulsifs mais troubles divers. — Monoplégie brachiale gauche ; sensation générale de froid ; dyspnée ; tremblement passager des bras. — Troubles cardio-vasculaires : palpitations violentes, bouffées de chaleur, sent son sang courir dans ses veines.	
69	*Michea*	Fils d'un magistrat. 17 ans	14	Intelligence vive et précoce. Peu porté vers les exercices du corps.	A 14 ans : céphalalgie, hoquet, constrictions au cou bientôt marche et station impossibles (ataxie musculaire), 1 mois après, deux premiers accès convulsifs. Céphalalgie, impatience, agitation, plissement vertical des muscles du front. — Cri sourd, guttural, semblable à un aboiement — La langue sort de la bouche et se recourbe en haut ou en bas. — Cabrioles variées exécutées avec une force et une agilité surprenantes et clownisme. — N'a aucune conscience de la crise et n'en garde aucun souvenir. Troubles singuliers de la sensibilité générale et spéciale du côté droit (Voir l'observation). — Tremblement unilatéral occupant les membres du côté droit.	Clownisme

70	[illegible]	»	[illegible]	Constitution robuste. — A 7 ans, accidents nerveux à l'occasion d'une fièvre intermittente.	[illegible] térie convulsive. — Larmes. — Miction d'urine abondante et claire. — Courbature. — Le malade guérit peu à peu.	
71	*Arou*	Sergent-major de 24 ans	»	Grand, blond, fort, mais aspect efféminé de la face et du regard, intelligent et bien élevé. — Père irritable et congestif. — Mère nerveuse : Tic douloureux. — Excès vénériens et depuis peu excès alcooliques.	Attaques cloniques intenses — terminées par une expression de bien être voluptueux, puis par une expression de tristesse et des larmes, enfin par des éclats de rire. — Pas d'anesthésie. — Hypéresthésie oculaire et auditive. — Dans certaines attaques, forte strangulation dont le malade accuse les assistants. — Nouveaux accès terminés par une miction abondante et claire et par des hallucinations professionnelles : fantassins armés d'arbalètes. — Délire. — Attitudes excentriques. — L'application de compresses mouillées sur les parties génitales réussit d'abord à arrêter les convulsions, mais devient bientôt inefficace.	
72	Lallemand Service de M. *Lereboullet*, au Val-de-Grâce	Volontaire d'1 an, 21 ans	21	Père névropathe et arthritique. — Mère hystérique. — Dans son enfance : convulsions dentaires. — Chorée. — Syncopes fréquentes et prolongées au moment de la puberté. — Forcé d'interrompre ses études de droit à cause de la fatigue que lui cause tout travail. — Imagination vive. — Mysticisme. — Les attaques sont déterminées par des émotions.	Pâleur. Tremblement convulsif surtout à gauche. Angoisse. — Suffocation. — Face congestionnée et sudorale. — Immobilité et résolution complète. — Ne répond plus aux questions. — Pas de convulsions bien caractérisées. — Un peu de rachialgie. — Au moment des attaques : hypéresthésie rachidienne et anesthésie de la peau de membres.	
73	Lallemand Service de M. *Laveran*, Val-de-Grâce	Sergent-fourrier	»	Mère rhumatisante et migraineuse.	Attaque convulsive de quinze minutes. — Suivie de perte de parole durant deux heures. — Chorée et bégaiement. — Névralgie du trijumeau.	Chorée
74	*Widal*	Soldat	22	Ni hérédité ni excès. — Caractère triste. — Les attaques se sont mon-	Stupeur, céphalalgie, dilatation des pupilles, pas de fièvre, langue blanche au centre, rouge et humide	

N° d'ordre	Observateurs	Professions	Age du début	Étiologie	Symptômes	Remarques
				trées quelques jours après un coup de pied de cheval reçu dans le flanc droit.	sur les bords, renversement et raideur de la nuque, tache méningitique. — Le plus léger frôlement de la fosse iliaque droite est très douloureux et provoque un bond et des convulsions cloniques. — Amélioration progressive et guérison.	
75	*Couty*	Soldat, sellier	21	Type féminin, mère nerveuse, irritable, pas d'excès.	Strangulation. — Attaques convulsives. — Perte de connaissance, anesthésie complète.	
76	*Louis*	Soldat de 22 ans a fait des études complètes	22	Corps et esprit efféminés. — Enfant gâté.— Excès vénériens. Père atteint d'accidents convulsifs.	Attaques d'hystérie convulsive.	
77	*Despine*	Commis droguiste	24	Hérédité douteuse. Caractère impressionnable. Première crise déterminée par une frayeur. — Déterminées depuis par la moindre contrariété.	Mouvements chroréiques passagers, démarche incertaine. Bégaiement depuis le début de la maladie. Hallucination de la vue et de l'ouïe. — Le malade voit double les fausses images.— Les hallucinations ont un caractère religieux. — Délire également religieux. Somnambulisme spontané et provoqué. Extase religieuse. — Accès convulsifs conscients et inconscients.	Cas remarquable d'hystéro-somnambulisme
78	*Chambard*	Sans profession	20	Hérédité double directe.	Accidents convulsifs. — Somnambulisme (voir l'obs.).	
79	*Chambard*	Peintre en bâtim.	31	Hérédité.	Attaques convulsives. — Hémianesthésie (voir l'obs.).	
80	*Chambard*	Employé	24	Hérédité.	Hystéricisme. — Spermatorrhée.	

Observation I

(Recueillie dans le service de M. Ollivier à l'hôpital Necker. — Communiquée par M. E. Chambard, interne du service).

SOMMAIRE :

Antécédents héréditaires. — 1° *Père* : Inventeur, présomptueux, prétentions scientifiques, longue étude du magnétisme animal. Facultés mécaniques et musicales très développées.

2° *Mère.* — Conduite désordonnée. Hystéro-épilepsie. Catalepsie. Somnambulisme.

3° *Frères.* — Aptitude musicale héréditaire. Un frère rachitique.

Histoire du malade. — Travail soutenu impossible. Incapacité de fixer son attention. — Excès de tabac. — Idées tristes.

Antécédents pathologiques. — Convulsions à 20 mois. A 12 ans, convulsions et hallucinations terrifiantes de la vue. Accès de somnambulisme et de contracture généralisée. A 19 ans, nouvelle attaque avec boule et perte de connaissance. Contracture permanente du membre supérieur droit. Un mois avant l'entrée du malade, phénomène d'irritation spinale, monoplégie permanente du bras droit.

État actuel. — Habitus. État mental. Dents en escalier.

Sensibilité. Anesthésie et analgésie incomplète du membre supérieur droit. Amblyopie à droite.

Motilité. — Monoplégie complète du membre supérieur droit.

Diminution de la sensibilité électrique cutanée et musculaire. Intégrité de la contractilité faradique.

Fonctions organiques.

Attaques hystéro-somnambuliques.—Contracture généralisée tétaniforme. Convulsions. Actes automatiques. Amnésie. Prodromes de l'attaque. Effets de la compression des testicules.

Somnambulisme provoqué. — Disparition définitive de la monoplégie brachiale et contracture temporaire du membre supérieur droit sous l'influence du somnambulisme provoqué.

Phénomènes d'attraction et de suggestion. Délire somnambulique avec hallucination. Amnésie complète.

Henri G.., âgé de 20 ans, est placé par son père le 28 octobre 1879,

à l'hôpital Necker dans le service de M. Ollivier, salle Saint-Jean, n° 11, où il resté soumis pendant deux mois et demi à notre observation. Nous n'avons sur les grands parents du malade que des renseignements incomplets et sans valeur, mais nous avons pu voir son père, converser à plusieurs reprises avec lui et en obtenir sur lui-même et sur la mère d'Henri G... des documents intéressants.

1° *Antécédents héréditaires.*

Renseignements sur le père. — Le père d'Henri G.., âgé de 65 ans, exerce actuellement la profession de musicien. Le matin et dans la journée il donne des leçons de musique dans diverses maisons d'éducation et le soir il tient le piano dans un café concert de la rue de la Gaîté où il demeure. Il mène une existence rangée et très laborieuse. Très sobre, il ne boit que de l'eau et n'a jamais eu de goût pour le vin et les liqueurs.

Le logement occupé par M. G... ne présente pas ce désordre et cette malpropreté que l'on rencontre fréquemment dans les lieux habités par les hommes dont l'état mental est comparable au sien : il paraît même y régner un ordre relatif, si l'on tient compte de la multiplicité de ses occupations et de sa solitude. Nous y remarquons des tableaux, des gravures et des pastels qui témoignent d'un certain goût, des instruments de musique, de physique et un moteur électrique dont il s'attribue l'invention.

M. G... est un homme bien conservé, robuste, d'un extérieur correct : il nous reçoit avec affabilité et nous entretient de ses études de prédilection ; il s'est occupé de physique, de mécanique, il a inventé un système pour la direction des ballons dans lequel nous notons le peu de souci du rapport de la puissance déployée avec la résistance à vaincre que l'on constate chez la plupart des inventeurs plus hardis que judicieux et plus ingénieux qu'instruits qui se sont attachés à ce problème difficile ; il nous montre un moteur électrique dont le mécanisme est soigneusement caché, qui a figuré à trois expositions et dont les parties visibles paraissent d'ailleurs bien entendues; il nous joue

enfin et non sans talent, plusieurs morceaux de musique sur un harmonium construit par lui de toutes pièces et dont le son nous paraît beau.

Mais la grande préoccupation de M. G ... a toujours été l'étude du magnétisme animal et des phénomènes nerveux qui s'y rattachent. Ce n'est que brièvement et pour ainsi dire par politesse qu'il répond à nos questions sur ses autres occupations ainsi que sur sa femme et ses enfants. Lorsqu'il parle de ses recherches magnétiques, il s'anime, sa parole devient rapide et son ton professoral. Il évoque le temps où ses salons étaient remplis de clients parmi lesquels il cite avec complaisance des marquises et des comtesses. Il va chercher de nombreux cahiers où sont consignées jour par jour ses expériences dont sa femme et ses malades étaient les sujets et vante ses succès en thérapeutique. Il nous fait lire les lettres d'un curé dont il a endormi la nièce à distance et sans l'avoir en rien prévenu, il croit à l'attraction, à la suggestion mentale, à l'action diagnostique et curative du fluide et s'élève avec un vigoureux mépris contre les somnambules qui prédisent l'avenir et déshonorent la science. Il fut le fondateur de l'Académie Magnétique dont il nous remet les statuts et le programme et a composé un traité de magnétisme animal. Malheureusement les perfidies du baron du Potet, la guerre et le manque d'argent, ont dissous l'académie et l'ont empêché de faire paraître son livre.

Un ou deux extraits du programme de l'Académie de Magnétisme donneront une idée du style et du jugement de notre personnage et montreront que ses prétentions et sa tournure d'esprit ne diffèrent en rien de celle des hommes qui se livrent à l'étude d'une question aussi ardue avec plus de présomption que de savoir, et d'imagination que de jugement. « Il s'agit, dit-il, d'analyser et d'approfondir les causes « productrices des influences de l'électricité naturelle, spontanée, « atmosphérique et terrestre sur tous les êtres vivants ; la connaissance « médicale et rationnelle des effets sensibles de cet agent général, « mis en jeu par des moyens physiques, artificiels ; enfin développer « ce que nous connaissons déjà du magnétisme minéral, naturel ou « factice, sur l'animalité. N'existe-t-il pas dans l'homme et dans les ani-

« maux un foyer toujours agissant s'exhalant toujours d'un principe « électrique animal ou magnétique animal? Ce principe sans cesse « entretenu, alimenté, renouvelé par la communication universelle et « alternative de ce fluide subtil entre la terre et son atmosphère? » C'est là, on le voit, du mesmérisme pur ; rien de tout cela n'est nouveau ni original. La notice se termine par quelques mots qui rappellent le magnétisme sentimental de Puysegur : « l'amour du « prochain le fera sauter et il a beaucoup d'attraits quand on veut « le comprendre, on est si heureux après avoir fait le bien qu'on en « devient ambitieux. »

« C'est cette ambition qu'il faut souffler dans tous les cœurs pour « rajeunir l'humanité ; alors on ne verra dans un ennemi qu'un homme « égaré qu'il faudra ramener, lequel comprendra à son tour cette sublime « sentence du Christ : Aimez vos ennemis! »

Il est facile de remarquer chez M. G.. un sentiment très vif de sa personnalité. Il parle, avons-nous dit, avec assurance et animation et nous ne tardons pas à nous convaincre qu'avec lui toute discussion et toute contradiction seraient impossibles. Il prétend à des connaissances médicales, emploie à tort et à travers les termes médicaux et promet de nous faire connaître sa manière de concevoir l'hystérie. Il sait parfaitement d'ailleurs que son fils Henri est hystérique et serait heureux de le voir à Sainte-Anne car il n'ignore pas que l'hystérie poussée à ce point est incurable. Il paraît enfin tenir beaucoup à répéter ses expériences magnétiques sur son fils devant M. Ollivier et ses élèves et insiste pour que nous lui donnions rendez-vous à cet effet.

En résumé, le père de notre malade est un homme dont l'intelligence, les aptitudes mécaniques et artistiques sont incontestables, mais il est de ces être mal pondérés chez qui un sentiment exagéré de la personnalité, l'éloignement invincible des voies ordinaires et le défaut de jugement annihilent des facultés brillantes et une intelligence souvent remarquable. Ces hommes s'agitent en efforts désordonnés et stériles et se font ranger pendant toute leur existence dans la triste et nombreuse compagnie des déclassés.

Renseignements sur la mère. — M. G.. a connu la mère d'Henri

au théâtre et n'a pas tardé à en faire sa maîtresse ; après dix-huit ans de vie commune, elle est partie avec un « autre individu. » Elle est depuis venue le voir quelquefois « comme si rien n'était ». « Heureusement, ajoute philosophiquement M. G.. que je ne suis pas « marié, mais j'ai souffert dix-huit ans. »

Elle était « bonne fille mais profondément hystérique. » Elle avait des accès d'épilepsie avec écume à la bouche et flexion du pouce dans le creux de la main « ce qui est le symptôme de l'épilepsie. » Il lui arrivait de tomber en catalepsie ou de rester dans un état de mort apparente jusqu'à 9 jours de suite ; G.. la trouva une fois, la tête sur l'oreiller et les jambes dressées contre la muraille, « nue comme un ver » et comme il lui reprochait une semblable attitude devant les enfants « je suis bien, répondit-elle. »

Cette femme était également somnambule et servait à ce titre aux démonstrations magnétiques de G.. Il lui arrive souvent comme aux somnambules classiques dont elle présentait tous les traits, de se prescrire le sommeil magnétique et de prédire le début et la fin de ses crises. Elle aurait demandé un jour à être magnétisée pour une amaurose survenue subitement à la suite d'un coup de foudre et ne se serait réveillée qu'au bout de dix-huit mois, mais la vue lui était rendue !

Exempte d'habitudes alcooliques, elle aurait fait cependant de grands excès d'absinthe lorsqu'elle était enceinte de notre malade.

Grands parents paternels. — Au dire de G.., aucun d'eux ne présente de troubles intellectuels et n'est atteint d'aucune maladie nerveuse.

Grands parents maternels. — Peu de renseignements. Le grand-père maternel du malade aurait eu de la dyschromatopsie : il ne pouvait distinguer le jaune du rouge ; la grand-mère était pire que sa fille « elle avait un caractère diabolique. »

Frères et sœurs. — Un frère du malade né de la même mère que lui est mort épuisé par les privations du siége de Paris. Rachitique mais fort intelligent il montrait les plus grandes dispositions pour la musique et composait à dix ans.

Un autre frère né d'une autre femme est également un musicien de mérite et remplit les fonctions d'organiste à Saint-Denis.

2° *Histoire du malade*

Henri G.,, né à Paris a toujours demeuré dans cette ville : jusqu'à 15 ans il a fréquenté irrégulièrement les écoles : tout au plus sait-il épeler et « gribouille-t-il un peu ». Tout travail suivi lui était déjà impossible : « ça me sautait dans la tête, dit-il, j'aurais bien voulu « apprendre, mais je ne pouvais pas m'appliquer; il y avait une en- « trave chez moi ; j'y mettais toute la bonne volonté, je devenais « rouge de colère ; ça m'ennuyait de voir avancer les autres et de « rester en place, car j'avais ma petite fierté, etc.

« Je regardais mon livre, ça m'ennuyait et je dormais. Je demandais « à aller aux cabinets, je prenais l'air et ça me semblait bon, je jouais « peu avec les autres, le jeu m'agaçait, tout m'agaçait. »

A 11 ans il est pris de la manie de fumer : il s'éloigne de ses camarades, recherche les endroits solitaires et se livre à sa nouvelle passion : à 15 ans il fumait, dit-il, pour quatorze sous de tabac par jour, sous forme de cigarettes qu'il faisait lui-même. « Il n'y avait que cela, dit-il. qui me fit du bien ». A 15 ans, son père le mit en apprentissage et il essaya plusieurs états sans réussir à prendre goût à aucun : il fut tour à tour mécanicien, cordonnier, relieur : « je ne pouvais, dit-il, « me mettre au travail ; je me disais : Ce matin tu vas travailler pour « gagner de l'argent, il y avait quelque chose dans ma tête qui « m'en empêchait, je ne sais pas quoi. Quand je voyais du vilain ou du « beau temps, l'un m'ennuyait, m'énervait et l'autre me donnait en- « vie de sortir. »

Henri continue cette existence paresseuse, il vit avec son père qui paraît plein d'affection et d'indulgence pour lui. Sa conduite est bonne et personne ne se plaint de lui. Son plus grand plaisir est encore de flâner et de fumer des cigarettes : « Ça me rend malade, dit-il, de ne « pas fumer, ça m'ennuie tout plein. J'ai des tristesses, je pense à la « mort de mes frères et fumer est une distraction pour moi. »

L'instinct sexuel est chez G... moyennement développé : ses pre-

mières relations avec les femmes remontent à l'âge de quinze ans : aussi n'a-t-il jamais abusé de la masturbation.

Son père ne lui connaît aucune cause de chagrin et lui-même ne se trouve pas malheureux, il n'a jamais eu d'émotion vive.

3° *Antécédents pathologiques.*

D'après les renseignements obtenus du père, Henri G... aurait eu des convulsions à l'âge de 20 mois pendant lesquelles il devenait « noir ». Dans une de ces attaques, il s'est cassé une dent.

Il conserva jusqu'à 5 ou 6 ans l'habitude de pisser au lit la nuit et se souviendrait même qu'il croyait en rêvant uriner contre un mur.

A 12 ou 13 ans, nouvelles crises convulsives : le voyant rentrer sale et déchiré, son père croyait d'abord qu'il s'était battu, mais il apprit bientôt qu'il tombait dans la rue, sans connaissance. Ces attaques devinrent plus fréquentes, il fut le témoin de plusieurs d'entre elles : Henri était pris de convulsions violentes, déchirait ses vêtements et paraissait en proie à des hallucinations terrifiantes : comme sa mère, il voyait des fantômes, des squelettes ; en proie à un « accès de manie. » Il ne connaissait personne et était alors véritablement dangereux.

D'autres fois et sans cause appréciable, on le voyait se balancer sur sa chaise et tomber à terre profondément endormi. Ces accès « de somnambulisme » n'étaient accompagnés ni de convulsions, ni de catalepsie. Dans une autre circonstance encore, son père le trouva étendu sur son lit « nu comme un ver », immobilisé par une contracture généralisée des muscles extenseurs.

A 19 ans, notre malade éprouva un vif chagrin de la mort de son frère : en présence de la bière que l'on refermait et au milieu de ses larmes, il sentit pour la première fois « une boule » lui remonter de l'épigastre au cou et l'étouffer ; il tomba, se débattit et perdit connaissance ainsi que tout souvenir de ce qui s'est ensuite passé. Il sait seulement par ouï dire qu'il s'était opposé de toutes ses forces à ce qu'on refermât la bière qui contenait les dépouilles de son frère.

Ces attaques continuèrent et se renouvelaient trois fois par jour : il fut admis à la Pitié dans le service de M. Lasègue qui reconnut le caractère hystérique de son affection et le traita par le bromure de potassium. Lorsqu'il quitta l'hôpital, au bout de quatre mois, les attaques avaient disparu.

En même temps que ces attaques, Henri G... avait été pris d'une contracture du bras : l'avant-bras était fléchi sur le bras, le poignet sur l'avant-bras, les doigts dans la main, avec tant de force que les ongles lui « entraient dans la chair. » Le pouce n'était pas fléchi dans le creux de la main et était resté en extension. Cette contracture disparut brusquement quinze jours avant la sortie de l'hôpital sous l'influence d'une crise amenée par l'arrivée de sa mère.

Sa mère l'emmena alors avec elle aux bains de Cabourg : il suivit pendant neuf ou dix mois son existence aventureuse et la quitta pour rentrer chez son père et essayer d'apprendre le métier de relieur.

Peu de temps après, en 1878, il entre à Necker pour une angine, y reste quinze jours, est envoyé à Vincennes et en revient avec de nouvelles attaques et une contracture des deux membres supérieurs qui dura trois jours.

Les accidents actuels remontent à un mois environ. Tout à coup, il se plaint de douleurs en ceinture atroces qui lui font pousser des cris et lui arrachent des larmes, ainsi que de vives douleurs dans les jambes et dans « l'estomac. » Sa main droite devient douloureuse, lourde et gonflée : son père croit devoir l'électriser et lui faire tenir les poignées d'un appareil d'induction dont il lui donne des décharges « aussi fortes qu'il peut les supporter. » Cette dangereuse médication semble d'abord réussir : la douleur disparaît, mais deux jours après le malade ressent dans la main droite des picotements, des fourmillements, « comme des aiguilles » et trois jours jours après sa main était inerte et paralysée comme elle l'est aujourd'hui : c'est cette paralysie complète du membre supérieur droit qui amène Henri G... à l'hôpital.

4° *État actuel.* — 28 octobre 1879.

Habitus. — *État mental.* — Henri G... est grand pour son âge, et bien constitué : il ne présente aucun vice de conformation, fréquente chez les héréditaires. Son système pileux est bien développé, sa voix déjà assez grave. Ses organes génitaux sont ceux d'un homme de son âge qui n'a abusé ni de l'onanisme, ni des rapports vénériens ; il a, en un mot, tous les attributs de la virilité.

Sa physionomie est douce et assez intelligente quoique son front soit bas et un peu aplati ; sa mise est propre sans être recherchée ni efféminée, sa prononciation est normale bien que quelquefois un peu hésitante ; rien, en résumé, à part deux bagues volumineuses et de mauvais goût, l'une d'or et l'autre de cuivre dont il se pare la main droite, n'est de nature à appeler sur lui l'attention.

La seule anomalie qui frappe lorsqu'on l'examine de près au point de vue de sa conformation physique, est une altération de la dentition sur laquelle nous aurons à revenir. Les incisives supérieures présentent des érosions disposées de la façon suivante. Les dents, au niveau de l'union de leur tiers inférieur avec leurs deux tiers supérieurs, s'amincissent brusquement et un rebord saillant marque le point où se fait cette transition ; la portion amincie des dents est divisée par les sillons verticaux en trois ou quatres segments légèrement convexes en avant, elles présentent enfin au voisinage de leur bord libre un second amincissement dont la hauteur est très peu considérable.

L'état mental d'Henri G... ne présente à première vue rien de bien particulier. Doux, peu instruit, moyennement intelligent, il ne semble pas différer de beaucoup de jeunes gens de son âge chez qui l'instruction et la pratique de la vie n'ont pas développé le jugement et la volonté ; mais en l'étudiant de plus près on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est insensible à toute idée sérieuse, à tout sentiment élevé, incapable de tout effort et de toute réflexion et qu'il n'est apte, comme il le dit lui-même, qu'à flâner en fumant des cigarettes sur les pro-

menades publiques. Henri G... est un de ces individus, sans force et sans but, aussi inaptes à faire le bien qu'incapables de faire volontairement et de propos délibéré le mal.

Sensibilité. —Le contact, le frôlement, le chatouillement, les variations de température, la pression, même énergique, ne sont pas perçus dans le membre supérieur droit depuis l'extrémité des doigts jusqu'au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Le pincement et la distension brusque des ligaments sont faiblement perçus, mais la piqûre est douloureuse et provoque les plaintes. Le sens de position est aboli.

L'ouïe, l'odorat et le goût semblent égaux des deux côtés ; mais la vue à droite est trouble et lorsque le malade s'amusait à tirer, avant d'être atteint de monoplégie brachiale, il visait avec l'œil gauche tout en épaulant à droite. Ce fait tendrait à prouver que l'amblyopie droite a été antérieure à la paralysie du membre supérieur.

Motilité. — La paralysie du bras droit est complète. Le malade ne peut ni écarter son bras du corps, ni plier l'avant bras, ni étendre le poignet, ni remuer les doigts. L'épaule est légèrement élevée par suite de l'action prédominante du trapèze. La force de préhension est nulle, tous les autres muscles du corps ont conservé leur contractilité normale. Lorsque Henri G... est debout, son bras pend inerte le long de son corps à moins que pour se débarrasser de ce poids incommode, il ne le soutienne avec la main gauche.

L'exploration électrique au moyen de l'appareil d'induction de Legendre et Morin nous a montré une notable diminution de la sensibilité cutanée et musculaire avec conservation de la contractilité faradique. Le manque d'appareils ne nous a permis ni de rechercher l'action des courants continus, ni d'étudier la température du membre paralysé, ni de déterminer la durée de l'excitation latente des muscles mais nous avons pu constater chez ce sujet d'une manière fort nette, le phénomène de la sommation. Quelques séances de faradisation ne nous ont d'ailleurs donné aucun résultat thérapeutique et le mauvais état de nos appareils nous a forcé à les suspendre.

Fonctions organiques.—Ne présentent rien de particulier et s'effectuent normalement. L'examen du cœur et des poumons ne nous a révélé aucune lésion organique de ces organes.

5° *Attaques hystériques* (1).

Peu de temps après, dans nos salles, Henri G... fut repris de ses attaques convulsives qui, pendant un certain temps, se reproduisirent presque tous les soirs vers 8 heures ; nous avons pu assister à quelques-unes, et comme elles se ressemblaient presque toutes, nous nous bornerons à relater deux d'entre elles.

Attaque du 9 *décembre* 1879. — Averti dès le début de l'attaque, nous trouvons Henri G... étendu à terre, le tronc, le cou, et les membres contracturés dans l'extension, les mâchoires fortement serrées, les jambes légèrement croisées, les doigts fléchis et maintenant le pouce dans le creux de la main, les yeux fermés. La sensibilité est intacte et le pincement, la piqûre, provoquent des gémissements et des mouvements de défense. De temps en temps, le malade se roule à terre, ses membres sont animés de mouvements peu étendus et il demande à boire.

L'attaque est suivie d'actes automatiques : Henri G... se lève, va et vient, se rend aux lieux d'aisances, se couche. Au bout d'une heure, il se frotte les yeux, les ouvre, s'étonne de voir plusieurs personnes autour de lui, se plaint d'avoir mal à la tête, l'amnésie est complète (2).

Attaque du 10 *décembre* 1879. — Nous nous étendrons plus longuement sur cette attaque à laquelle nous avons assisté d'une manière plus complète et que nous avons pu observer dans de meilleures conditions.

A 6 heures moins 10 minutes, Henri G... se sent fatigué et se

1. Au moment où a commencé la série d'attaques, dont nous relatons deux observations, la monoplégie brachiale avait disparu depuis plusieurs semaines dans les circonstances que nous ferons connaître plus loin.

2. Pendant cette attaque notre collègue M. Feré, alors interne de M. Broca, s'est livré à quelques mensurations dont voici les résultats :

Taille.		1 m.	60
Diamètres du bassin	bi-iliaque. . . .	0	27
	bi-trochantérien.	0	31

couche ; il se plaint de céphalalgie frontale assez vive, de sifflements dans les oreilles ; il est pris d'un frisson assez intense, les points d'émergence des nerfs sus-orbitaires de chaque côté, sont douloureux à la pression, ainsi que celui du nerf sous-orbitaire gauche, les yeux sont congestionnés et larmoyants, une sensation de constriction se fait sentir au cou. Le malade, parfaitement calme et lucide, reconnaît ainsi que les assistants les prodromes d'une attaque prochaine et se laisse docilement camisoler.

A 6 heures, Henri G... encore lucide, accuse une grande envie de dormir, ses paupières clignotent, ses yeux se ferment, le frisson redouble, la respiration devient suspirieuse, saccadée, précipitée, les membres supérieurs présentent quelques secousses. Les questions restent sans réponse ; l'attaque est imminente.

A 6 heures 2 minutes, l'attaque commence brusquement par une contracture tétanique de tous les muscles du tronc et des membres, dont la durée ne dépasse pas quelques secondes, les yeux sont convulsés, la pupille disparaît sous la paupière supérieure à moitié abaissée, la sensibilité est conservée, mais très obtuse, les accès de raideur se répètent à de courts intervalles, et on entend le malade qui ne paraît avoir aucune conscience de ce qui l'entoure, murmurer : « je ne veux pas res-
« ter ici, je veux m'en aller, je ne veux pas mourir ici. Le fer rouge,
« je ne veux pas du fer rouge (1). »

Ces paroles sont suivies de deux violentes secousses ; la respiration devient très précipitée, haletante, convulsive ; c'est une sorte de hoquet composé d'une inspiration courte et bruyante suivie d'une expiration prolongée.

Le malade se plaint du froid : « oh ! que j'ai froid, on m'a enlevé
« ma couverture, mon édredon. »

1. La veille, pendant l'attaque, notre ami Féré, un peu sceptique en matière de somnambulisme, avait accusé Henri de simulation et l'avait menacé du fer rouge. Le malade se souvient ici de cette circonstance qui lui est inconnue quand il est dans son état normal, car les somnambules amnésiques, et c'est la très grande majorité, conservent le souvenir de leurs attaques antérieures pendant leurs périodes de condition seconde et n'en ont aucune notion dans leurs périodes de condition normale.

Une compression légère du testicule droit ou gauche ne semble pas perçue, mais vient-on à rendre la pression plus énergique, loin d'arrêter l'attaque, on détermine un cri de douleur et de violentes secousses ; le malade brise les cordes qui le maintiennent fixé sur son lit, et se sentant plus libre, pousse un soupir de soulagement : « Ah ! c'est fait. »

« Quelques instants après, Henri G... dit : « Réveillez-moi, faites « comme le père, des passes. » Nous nous rendons à son désir, et bientôt il ouvre brusquement les yeux et reprend entièrement et immédiatement connaissance. L'amnésie est complète.

6° *Somnambulisme provoqué.*

Nous avons endormi Henri G... à plusieurs reprises par les procédés ordinaires et nous l'avons vu endormir par son père : nous rapportons d'abord cette dernière expérience remarquable par la disparition subite et durable de la monoplégie brachiale sous l'influence des passes dites magnétiques.

Expérience faite par le père du malade le 30 *novembre* 1879.

Henri est endormi en une minute par les passes classiques. Son père se propose d'abord de rendre au bras droit la sensibilité et la motilité qu'il a perdues. Présentant la main étendue à quelque distance du bras gauche de son enfant, il attire celui-ci jusqu'à le mettre dans la position horizontale et le laisse ainsi étendu.

« Maintenant, dit-il, je vais faire passer dans le bras droit la portion « d'intelligence qui ne lui est plus nécessaire pour le bras gauche « et les mouvements lui seront rendus. »

L'opérateur répète alors sur le bras droit la manœuvre d'attraction que nous lui avons vu exécuter sur le bras gauche ; les doigts s'agitent, le membre paralysé se soulève, obéit aux mouvements qui lui sont communiqués à distance et s'étend parallèlement au membre supérieur gauche.

Le malade ne répond pas aux questions qui lui sont posées : son

père alors se livre à une série de mouvements de la langue et des lèvres semblables à ceux qui servent à l'articulation des sons ; Henri imite ces mouvements et bientôt il recouvre l'usage de la parole. Répondant alors aux questions que lui pose son père, il se livre à des divagations sur la nature de sa maladie, sur le retour de ses attaques, divagations qui n'ont rien de scientifique, sont familières aux somnambules de profession et ne méritent pas de nous arrêter ici.

Après diverses expériences, dont les résultats sont trop incertains pour être rapportés, l'opérateur se livre sur le bras à des passes magnétiques qui ont pour effet de faire cesser leur état cataleptique, puis il réveille le sujet. Le mouvement et la sensibiliié sont entièrement revenus dans le bras droit qui reste seulement un peu lourd ; la paralysie dont il était atteint est guérie, et cette guérison persistait encore le 1er janvier 1880, époque à laquelle nous avons cessé de voir le malade régulièrement.

Somnambulisme provoqué par nous le 9 *novembre* 1879.

Nous endormons le malade en quelques minutes par le procédé des passes : léger clignotement des paupières, quelques inspirations profondes, mouvements de pandiculation, petites secousses dans le bras gauche (1) ; le bras droit reste immobile ; léger mâchonnement ; Henri G... a toute sa connaissance mais ne peut pas parler, sa langue est gênée. Il pense à sa paralysie qui ne se guérira qu'avec beaucoup de temps.

Nous provoquons avec la plus grande facilité le délire avec hallucinations qui a été présenté par les magnétiseurs comme de la double vue. Nous lui parlons de sa mère : — « Attendez, je suis en train de chercher, « je la vois. Elle rentre dans un café, à Verneuil, département du Nord, « café de l'Europe. Nous y avons été une fois. Elle prend son café, elle « va jouer aux dames avec un monsieur, un homme grand, barbe.

1. Cette expérience a été faite le 9 novembre : le bras droit était encore entièrement inerte et ce n'est que le 30 novembre que sa paralysie a disparu sous l'influence des manœuvres du père du malade.

« C'est un individu qu'elle ne connaît pas. Ils ont entamé une conver-
« sation sur le concert. Il est courrier. Elle gagne. L'autre a perdu.
« Il voulait en faire une autre et ma mère ne veut pas. Elle regarde
« jouer les autres. Voici la troupe, ils sont tous en train de causer
« d'affaires, il va y avoir une brouille avec le patron du café-concert
« qui ne veut pas les payer. Ils vont s'en aller.

« Elle s'en va. Elle est avec trois messieurs, une dame et puis le
« pianiste. Tiens ! elle parle à quelqu'un qu'elle rencontre ; elle lui
« enseigne un endroit pour travailler à Vernon. »

Qu'a fait ta mère hier soir ?

« Elle a travaillé ; elle a chanté le Trouvère, la Coupe de Galathée,
« le jardin de Luzon, le Badigeonneur, et puis je ne vois plus rien. Elle
« a fini à dix heures, elle est restée dans le café, a pris une gomme
« chaude parce qu'elle a la voix enrhumée. Elle a quitté le café à
« dix heures et demie, près de onze heures. Ils sont sortis tous ensemble
« puis se sont séparés. Elle est allée coucher à l'hôtel. »

Que fera ta mère demain ?

« Ils s'en iront demain. Où? je ne sais. — Où, attendez ; ils se di-
« rigent du côté du Midi. Elle n'est pas près encore de m'écrire. Je
« ne peux dire quand elle écrira. Elle est devant tout le monde et ne
« veut pas faire savoir notre adresse parce que les autres viendraient me
« chercher pour jouer du piano avec eux. »

Sur notre invitation de suivre sa mère, le malade nous assure qu'elle est à Bordeaux. Elle était au début de la séance dans le Nord; on voit qu'elle a voyagé vite en peu de temps.

Dès le début de l'expérience, nous avons pu voir le bras droit se fléchir sur l'avant bras, la main se fermer fortement, le pouce restant en dehors des autres doigts, en quelques instants la contracture est complète. Elle s'est rencontrée presque toutes les fois que nous avons endormi le malade tant que la paralysie du membre a persisté.

Dans cette expérience comme dans les autres la compression du testicule s'est montrée douloureuse mais sans action sur les phénomènes somnambuliques ; la compression de l'une ou de l'autre fosse iliaque, produisait une respiration profonde suivie d'une expiration brusque et saccadée.

De fortes excitations cutanées faites dans le but de mettre fin à l'accès provoquaient une contracture générale : le corps se met en arc pendant quelques secondes, puis Henri G... s'agite, pleure, grimace, mâchonne, déglutit à plusieurs reprises, puis enfin s'éveille et reprend sa connaissance. La contracture du bras droit persiste encore quelques instants, puis diminue et en deux minutes elle a entièrement disparu. L'amnésie, cette fois encore, est complète.

Nous apprenons d'Henri G... qu'il n'a pas reçu de nouvelles de sa mère depuis six mois et qu'il ne sait où elle se trouve. Il a séjourné autrefois à Verneuil mais n'a gardé aucun souvenir de cette localité et ne connaît le nom d'aucun des cafés qui s'y trouvent.

Expérience du 26 *novembre* 1879. — Cette expérience nous a montré un certain nombre de phénomènes qui ne s'étaient pas manifestés dans les séances précédentes : aussi croyons-nous devoir en extraire les particularités les plus intéressantes.

Henri G... est endormi debout : Dès les premières passes, les paupières sont animées d'un clignotement rapide, il pousse des soupirs entrecoupés semblables à ceux d'un homme qui serait sur le point de pleurer, quelques mouvements de déglutition annoncent comme à l'ordinaire, l'imminence du sommeil, enfin le bras gauche est agité par de légères secousses : le bras droit, encore paralysé à cette date, pend inerte le long de son corps.

Bientôt nous voyons la contracture s'emparer du bras droit, les doigts se fléchissent avec force dans la paume de la main, le pouce restait d'abord étendu, le poignet se fléchit sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras de manière à former avec ce dernier un angle droit, puis ensuite d'une façon complète, les membres inférieurs sont raides et contracturés dans l'extension.

Les mâchoires sont fortement serrées, le cou est raide et la tête garde toutes les positions qui lui sont communiquées. A ce moment la contracture semble avoir envahi tous les muscles du corps et le malade peut être mu tout d'une pièce à la manière des sujets atteints de tétanos.

Le malade semble dormir debout, son corps immobile est seulement

animé d'un léger balancement, que l'on peut exagérer jusqu'au point de lui faire perdre l'équilibre en présentant les deux mains à quelque distance de son dos ou de sa poitrine, mais ces phénomènes d'attraction et de répulsion que nous avons cru constater d'une manière plus nette sur d'autres sujets sont ici irréguliers et incertains. Les paupières sont fermées ; si on les soulève, on trouve les globes oculaires convulsés en haut et les pupilles presque entièrement cachées par les paupières supérieures, la sensibilité de la conjonctive est obtuse et l'approche d'une lumière n'a d'action que sur l'iris.

Le patient est d'une docilité parfaite ; il garde toutes les positions qu'on lui donne et exécute tous les mouvements qui lui sont commandés ; on peut le faire coucher, lever, marcher, le mettre à genoux, lui faire joindre les mains. De son propre mouvement, il nous suit partout où nous nous transportons.

La contracture du bras droit diminue et disparaît de la racine du membre aux extrémités. Nous mettons facilement le bras gauche dans cet état que M. Richer a distingué avec raison de la catalepsie vraie et auquel il a donné le nom d'état cataleptoïde.

Henri G... parle difficilement. A toutes les questions qui lui sont adressées il répond : « je ne peux pas parler, ça me fait mal de « parler, j'ai la langue trop sèche », nous parvenons cependant, en insistant, à lui faire prononcer quelques phrases. Se trouvant à genoux, il déclare qu'il lui est impossible de se lever , nous lui bandons les yeux avec soin, nous étendons notre main à quelque distance au-dessus de sa tête et nous le voyons se mettre lentement et péniblement debout.

« J'ai senti, dit-il, votre voix résonner qui disait : lève-toi, j'ai « senti votre influence.

Nous avons cessé de voir cet intéressant malade le 25 décembre 1879. A cette époque, les attaques continuaient sans différer de celles que nous avons rapportées. Comme la plupart des hystériques, Henri G... était d'un caractère inégal, fantasque et s'accordait difficilement avec ses camarades. Il était souvent pris du désir de quitter l'hôpital « voulait s'en aller, ne voulait pas mourir ici ; » à plusieurs reprises

il s'est fait signer des permissions de sortie. Ainsi que beaucoup de ses semblables, il avait aussi des idées vagues de persécution : « on le mé-« prisait, on le traitait de fainéant, on l'accusait de dissimulation, la « sœur, certains de ses camarades lui en voulaient, etc. » Au moment de notre départ du service, la guérison de la paralysie du bras droit que son père avait si bien obtenue persistait intégralement.

Observation II

Recueillie dans le service de M. Ollivier à l'hôpital Necker. — Communiquée par M. E. Chambard, interne du service.

SOMMAIRE :

Antécédents héréditaires. — Mère, artiste dramatique. Morte folle à la Salpêtrière. Frère alcoolique.

Antécédents personnels. — Pas de chagrins ni d'émotions, mais privations pendant la guerre, excès alcooliques en Afrique, vomito-negro, dysentérie, diarrhée de Cochinchine, accidents saturnins, et syphilis contractée, il est vrai, après les premiers accidents nerveux.

État actuel. — Hémianesthésie droite, sensitive et sensorielle, incomplète et inégalement répartie. Paralysie des extenseurs du côté droit seulement. Attaques hystériques caractérisées surtout par une boule ascendante et une sensation parfaitement nette de strangulation.

Diagnostic. — Attaques d'hystérie convulsive chez un saturnin. Hémianesthésie droite probablement hystérique. Catalepsie saturnine des extenseurs.

D... âgé de 31 ans, peintre en bâtiments, entre le 5 mai 1879 dans le service de M. Ollivier à l'hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. — Père, peintre en bâtiments, mort d'accident à 65 ans. N'avait pas d'habitudes alcooliques et n'a pas eu de maladie nerveuse.

Mère morte à 28 ans à la Salpêtrière « paralysée et folle » après un séjour d'un an et demi dans cet hospice. Elle était artiste dramatique

et fut prise subitement d'aliénation mentale un soir qu'elle venait de jouer un rôle de folle. Dans son délire, elle riait, pleurait, et croyait jouer la folie sur la scène de la Porte-Saint-Martin : les paralysies variées dont elle était atteinte n'étaient que temporaires et ne duraient que 2 ou 3 heures.

Grand-père paternel. — Jardinier. Mort à 72 ans.

Grand'mère paternelle. — Pas de renseignements.

Grand-père maternel. — Artiste peintre sur porcelaine à la manufacture de Sèvres. Il avait un grand talent et ses produits ont aujourd'hui de la valeur. Mort à 91 ans.

Grand'mère maternelle. — Morte à 76 ans.

Frère. — Mort, tué pendant la guerre. Avait des habitudes alcooliques; après avoir bu, n'était pas méchant, mais « idiot et sombre » et avait l'air de « préméditer quelque chose ». Il buvait de tout : vins, alcools, absinthe.

Sœur. — Bonne santé. Pas d'accidents nerveux.

La malade a eu un enfant mâle qui mourut à 2 mois.

En résumé, nous ne trouvons parmi les ascendants et collatéraux du malade ni épileptique, ni tuberculeux, mais nous voyons que sa mère est morte aliénée, et qu'un de ses frères est alcoolique.

Antécédents personnels. — D... est né à Paris et fut élevé par une belle-mère qui le mena durement et dont il recevait de mauvais traitements et des coups. A 11 ans, il commença à travailler, chez un peintre en bâtiments qu'il quitta pour se réfugier au Hâvre chez sa sœur. Là il travailla encore faisant en été de la peinture pour bâtiment et servant en hiver comme matelot dans la marine marchande. Il fit ainsi de nombreux voyages, bien traité, bien nourri et donnant toute satisfaction à ses goûts aventureux ; il visita le Mexique, la Cochinchine, la Havane, New-York et Cadix.

A 16 ans il reprit son métier de peintre et vint l'exercer à Paris. Pendant la guerre, il servit à Tours et en Afrique où il resta jusqu'en 1871. Il revint alors à Paris. Il est habituellement sobre et ce n'est qu'en Afrique qu'il a fait quelques excès alcooliques.

D... paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'à 14 ans, âge auquel il commença à voyager : il eut à la Vera-Cruz le vomito-negro et la dysentérie, et en Cochinchine la diarrhée du pays. Il paraissait bien guéri de ces graves maladies lors de son retour à Paris. En Afrique, vers l'âge de 22 ans, il eut quelques accès de fièvre intermittente.

Bien que peintre en bâtiments depuis l'âge de 11 ans et bien qu'employé d'abord à broyer les couleurs et notamment de la céruse et des verts arsénicaux jusqu'en 1875 ; il n'eut aucun des accidents qui frappent les peintres. Il était alors enduiseur, spécialité des plus dangereuses qui consiste à prendre à pleine main une pâte formée d'un mélange de céruse, de blanc de Meudon et d'huile de lin et à l'étendre sur la plâtrée avec un large couteau. Au dire du malade, presque tous les enduiseurs sont victimes d'accidents plus ou moins graves.

Cinq mois après avoir repris son métier en cette qualité, D... éprouva des étourdissements singuliers. Quelque chose partait de la région épigastrique qui était comprimée comme dans un étui, remontait le long des côtes en produisant la sensation d'un rouleau qui roulerait de bas en haut sur la région costale, qui atteignait la gorge et déterminait une sensation de strangulation. La respiration s'arrêtait alors et le malade perdait connaissance. Pendant dix minutes, il se débattait, s'appliquait la poitrine pour se débarrasser du poids qui l'étouffait. L'accès passé, il revenait à lui lentement, fatigué, hébété, allait prendre un vulnéraire pour se remettre et reprenait son travail. Ces attaques se succédèrent au nombre de 8 à 10, aucune d'elles ne fut accompagnée de cri, de morsure de la langue ni d'écume à la bouche et le malade ne gardait qu'un très vague souvenir de ce qui s'était passé.

Bientôt il s'aperçut que son œil droit faiblissait, et que la digestion devenait longue et pénible : il avait comme un poids sur l'estomac. Il cessa alors son métier d'enduiseur et redevint peintre en bâtiments.

A la fin de cette même année 1875, D... contracta un chancre infectant suivi de bubon suppuré, et au bout d'un mois et demi, d'une roséole papuleuse et d'un eczéma psoriasiforme confluent qui fut jugé digne d'être modelé et montré dans une leçon clinique. Il resta pendant huit mois dans le service de M. Mauriac, à l'hôpital du

Midi, y fut traité par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium, et en sortit assez bien guéri pour aller faire ses 28 jours.

En 1878, au mois de novembre, nouveaux étourdissements et nouvelles chutes se renouvelant sept ou huit fois par jour. Il entra dans le service de M. Blachez, qui constata une hémianesthésie qu'il regarda comme saturnine, et qui le trouva si intéressant, qu'il se proposait de l'envoyer à la Salpêtrière. Des bains sulfureux, l'iodure de potassium, les toniques et la valériane furent prescrits, et le malade sortit à moitié guéri le 20 janvier 1879, et fut envoyé faire sa convalescence à Vincennes.

C'est à Vincennes que se déclarèrent les premières coliques de plomb. Elles durèrent trois semaines et furent très douloureuses ; le malade se roulait par terre en gémissant.

En sortant de Vincennes, D... reprit son travail, et un nouvel accès de coliques ne tarda pas à se déclarer : il dura quatre jours.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital Necker, le malade ressentit des fourmillements et un engourdissement dans le bras droit et jusque dans l'épaule ; le membre lui parut alourdi et bientôt tout mouvement volontaire devint impossible ; « du samedi au dimanche, dit-il, mon bras était paralysé. »

État actuel. — Habitus. — État mental. — D... est un homme bien constitué, d'une physionomie intelligente et d'un aspect parfaitement viril. Les organes génitaux sont bien développés. Il ne fait pas d'excès alcooliques depuis qu'il est revenu d'Afrique. Il ne commet pas d'excès vénériens, et se dit même peu porté aux relations. Ses plus grandes jouissances sont le théâtre et le concert. Il est généralement de bonne humeur, s'exprime avec facilité et l'ensemble de son individu exprime l'intelligence et inspire la sympathie.

Il se plaint cependant de ce que depuis deux ans sa mémoire et son intelligence auraient baissé. Son attention se fatigue plus vite, et le travail intellectuel lui est devenu plus pénible. Il comprend moin facilement ce qu'il lit ou ce qu'on lui dit, et s'exprime avec moins de facilité.

Depuis trois mois, les nuits sont troublées par des rêves qui ont

trait à son travail. Tantôt, il croit se disputer avec ses camarades, ce qui est tout-à-fait en opposition avec son caractère doux et conciliant, tantôt, il tombe d'un lieu élevé et se réveille en sursaut.

Fonctions digestives. — Bon appétit, pas de vomissement, ni diarrhée, ni constipation. Après avoir mangé, le malade éprouve une sensation de barre comprimant la région épigastrique, du tiraillement d'estomac et quelquefois des régurgitations qui lui laissent dans la bouche un goût amer. La miction s'effectue normalement. Parfois un peu de diaphagie « la rue au pain est bouchée. »

Respiration. — Depuis deux mois, D... se plaint d'être oppressé et d'éprouver, dès qu'il marche, au flanc droit un point de côté qui l'oblige à y mettre la main.

Circulation. — Aucune lésion ni du cœur, ni des vaisseaux. Pas de palpitations cardiaques, Le pouls est à 82.

Sensibilité. — Hémianesthésie droite incomplète et inégalement répartie, limitée au niveau de la ligne médiane du corps par une frontière irrégulière. La diminution, et suivant la région, la perte presque complète de la sensibilité porte sur les sensibilités cutanée, musculaire, articulaire. Le testicule droit est insensible à la pression.

Le contact, la piqûre, le pincement, la pression des veines musculaires, selon les points explorés ne sont pas perçus ou le sont d'une façon très obscure : dans les régions les moins anesthésiées, les excitations douloureuses chez un sujet sain déterminent une sensation de contact mais non de la douleur.

La diminution de la sensibilité cutanée et musculaire aux courants électriques, est également considérable. La peau et les muscles étant excités successivement par le courant réduit d'un appareil de Legendre et Morin, petit modèle, marchant à intermittences rapides, au moyen de rhéophores secs, dans le premier cas, et de rhéophores humides, dans le second, l'excitation est perçue du côté gauche dès que le diaphragme de Duchenne est relevé de 1 centimètre seulement, tandis qu'il faut le relever en moyenne de 5 centimètres pour obtenir à droite le même résultat.

Le sens de position est perdu, le malade peut dire, il est vrai, si

son bras repose sur le lit ou est étendu horizontalement, mais il tire ces notions du poids de son membre perçu dans la région scapulo-humérale incomplétement anesthésiée; par contre, il lui est impossible de reconnaître la position de ses doigts, de savoir si son avant-bras ou son poignet sont étendus ou fléchis ; il n'a, en un mot, aucune conscience des mouvements qui sont imprimés à ses articulations digitale, radio-carpienne et huméro-cubitale. Nous avons vu que l'anesthésie de la moitié droite du corps n'était pas uniformément répartie ; sur la partie postérieure du tronc elle atteint la ligne médiane, et la crête des apophyses spineuses forme la limite précise qui sépare la moitié sensible du corps de celle dont la sensibilité est abolie. Il n'en n'est pas de même en avant.

En avant, en effet, la sensibilité est conservée dans le pied, la jambe, la face interne et le quart interne de la face antérieure de la cuisse. Les organes génitaux sont sensibles. De là, la ligne limitante remonte sur le ventre en suivant une ligne sinueuse et en empiétant largement sur le côté droit, sur le thorax, elle atteint la ligne médiane : il en est de même au cou, à la face et sur le crâne.

La cornée, la conjonctive, les muqueuses labiale, palpébrale, nasale du côté droit sont insensibles, ainsi que la moitié droite du voile du palais. Le poivre introduit dans la narine droite détermine une sensation de picotement, mais ne rappelle aucune odeur et n'est pas reconnu. Il en est tout autrement du côté gauche.

Le sulfate de quinine déposé même sur la base de la langue passe entièrement inaperçu à droite, tandis qu'à gauche sa saveur amère est immédiatement reconnue. Il en est de même du sucre.

Le tic tac d'une montre est entendu à gauche à la distance normale, est complétement méconnu par l'oreille droite, que la montre soit placée sur le pavillon de l'oreille ou appliquée sur les os du crâne ou sur les dents.

Mouvement. — La contractilité électrique est explorée avec l'extra-courant et le courant induit du petit modèle de l'appareil de Legendre et Morin. Les intermittences sont faites à la main et lentement. Les rhéophores olivaires appliqués tous les deux sur le muscle dont on ex-

plore la contractilité sont recouverts de peau et mouillées d'eau salée. Cette exploration nous permet de constater une très notable diminution de la contractilité musculaire des extenseurs et des radiaux du côté droit ; la même excitation appliquée sur l'extenseur de l'index, par exemple, soulève énergiquement ce doigt à gauche et fait seulement saillir le tendon du muscle à droite.

État ultérieur. — 6 *avril.* — A 11 heures, attaque incomplète dont la nature hystérique ne semble pas douteuse. L'estomac était serré comme dans un étau, un « rouleau » remontait de chaque côté du sternum en roulant sur les côtés, une « boule » partant du sternum montait à la gorge et le « grippait comme une râpe. » — La respiration était courte et fréquente et le malade était « à bout de vent. » L'accès, cette fois, s'est borné là.

28 *mai.* — Nouvelle attaque encore à 11 heures du soir. D..., entre dans les détails circonstanciés qui rendent la nature hystérique de ses crises de plus en plus probable.

L'accès commence par des frissons et une sensation de froid intense que rien ne pouvait faire disparaître, et par une violente hémicrânie gauche. A peine le malade commençait-il à être échauffé par les couvertures dont on avait surchargé son lit et par la bouillotte qu'on avait mise à ses pieds, qu'il devient agité, inquiet, remuant sans cesse et sentit bientôt les deux rouleaux qui partant de la dernière côte, remontaient le long des parties latérales des parois thoraciques, jusqu'au creux de l'estomac où ils se confondaient pour former « une grosse boule, qui remontait derrière le sternum » comme une râpe, le grippant à la gorge. »

La respiration devint difficile : « Ça me serre tellement, dit le ma- « lade, que je ne peux plus respirer ; c'est comme si j'avais une corde « autour du cou et qu'on me la serrât. » La sensation bizarre des rouleaux mettait dix minutes à se propager de la dernière côte au creux de l'estomac, mais la boule montait beaucoup plus rapidement de cette région au cou. Jamais elle n'est animée d'un mouvement de va et vient et D... ne la sent jamais redescendre.

Cette dernière crise ne fut pas suivie de perte de connaissance ni de

convulsion. Le malade nous affirme de nouveau que jamais il ne pousse de cri en tombant et que jamais il ne s'est mordu la langue. Lorsque l'attaque est complète, dès que la boule a atteint la gorge, il tombe, porte sa main à son cou et à sa poitrine, arrache ses vêtements, se laboure le thorax de ses ongles comme voulait se débarraser d'un « poids monstre. »

La nature hystérique de l'affection pour laquelle D... entre à l'hôpital aurait été, s'il faut l'en croire, reconnue dans le service où il se trouvait précédemment, on y diagnostique « une maladie commune chez les femmes et rare chez l'homme que l'on traite par « la valériane. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arou. — Thèse de Lallemand, 1877.

Aussilloux. — Montpellier medical, 1876.

Bastien. — Thèse inaugurale, 1855.

Bernutz. — Article Hystérie. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

Billod. — Annales médico-psycologiques, 1843.

Bonnemaison. — Archives générales de médecine, 1875.

Bonneau. — Thèse 1817.

Bourneville. — Louise Lateau ou la stigmatisée belge, 1878.

Bourneville et Regnard. — Iconographie photographique de la Salpêtrière, 1879.

Brachet. — Traité de l'hystérie, 1847.

Brodie. — Des affections nerveuses locales. Leçons traduites par Douglas Aigre. Progrès médical. 1880.

Breuillard. — Thèse inaugurale.

Burdin et Dubois d'Amiens. — Histoire académique du magnétisme animal, 1841.

Burrow. — Cité par Chambard, cas d'hystérie avec somnambulisme, 1879.

Briquet. — Traité de l'hystérie, 1859.

Calmeil. — De la folie au point de vue hystérique, etc., 1845.

Capman. — Gazette hebdomadaire, 1835.

Chambard. — Cas d'hystérie avec somnambulisme. Revue mensuelle, 1879.

Cerise. — Des fonctions et des maladies nerveuses, 1842.

Charcot. — De la chorée rythmique hystérique. Progrès médical, 1878 et iconographie photographique de la Salpêtrière.

Couty. — Thèse de Lallemand, 1877.

Cullen. — Clinical lectura. London 1797 et Edimburg 1814. Éléments de médecine pratique, 1785.

Despine. — Annales medico-psycologiques, 1876.

Desterne. — Union médicale, 1848.— De l'hystérie chez l'homme et du traitement du paroxysme hystérique par le chloroforme.

Dreyfuss.— Société de Biologie, 1877. — Progrès médical, 1878.

Dubois d'Amiens et Burdin. — Histoire académique du magnétisme animal, 1841.

Dubois d'Amiens. — De l'hypochondrie et de l'hystérie, 1837.

Dufau. — Thèse 1827.

Esquirol. — Mémoire sur les maladies mentales. — Des maladies mentales, etc., 1838.

Fabre. — Annales médico-psycologiques, 1875.

Favrot. — Thèse 1844.

Franck.—Traité de pathologie interne. Ed. Bayle, t. III. Chorée.

Forget. — Gazette médicale de Paris, 1847. — Recherches cliniques sur les névroses.

Foet. — Gazette hebdomadaire, 1874.

Gardien. — Traité d'accouchement.

Galien. — *De locis affectis.*

Georget. — De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau ; recherches, etc. 1821. — Article hystérie du Dict. en 21 volumes.

Graaf (von). —

Grisolle. — Traité de pathologie interne.

Graves. — Cité par le journal de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure, p. 114.

Grasset. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1879.

Guibout. — Thèse de Petit, 1875.

Guislain. — Leçons orales sur la phrénopathie.

Hammond. — Traité des maladies nerveuses. Traduction Labadie-Lagrave, 1875.

Heidenhain. — Der sogennante thierische magnetismus.— Leipsig, 1880.

Henriet. — Thèse de Petit, 1875.

Hirtz. — Thèse de Petit, 1875.

Hoffmann. — *De morbis hyst. et hypoch.* — Halle, 1733.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Lallemand. — Thèse 1877.

Landouzy. — Traité de l'hystérie, 1848.

Le Gourent. — Thèse, 1855.

Lepois (Ch.) — (Carolus Piso.) — *Silectæ observationes*, 1613.

Lombart. — Gazette médicale, 1876.

Louyer-Willermey. — Traité des maladies nerveuses, 1816. — Article hystérie, du Dict. des Sc. méd. t. XXIII.

Mahot. — Journal de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure, 1839.

Marcé — Traité pratique des maladies mentales, 1862. — De l'état mental dans la chorée. Acad. de méd. t. XXIV. 1860.

Martin. — Société de clinique, 1877.

Mathieu. — Cité par Bonnemaison. Archives générales de médecine, 1875.

Marmisse. — Gazette hebdomadaire, 1876.

Maricourt. — Thèse 1877.

Mathieu. — Thèse de Maricourt, 1877.

Maisonneuve. — Thèse sur l'épilepsie, 1803.

Michea. — Gazette des hôpitaux, 1865.

Monneret. — Traité de pathologie générale. Compendium de méd. article hystérie, 1842.

Mouchet. — Gazette médicale de Paris, 1848.

Morel. — Traité des maladies mentales, 1860.

Moreau (de Tours). — Physiologie morbide.

Niemeyer. — Traité de pathol. interne et de thérapeutique.

Ollivier (d'Angers). — Traité des maladies de la moelle, t. II, p. 508.

Paré (Ambroise). — Cité par Calmeil. De la folie au point de vue historique, etc.

Paulmier. — Thèse 1876.

Petit. — Thèse inaugurale, 1875.

Pinel (Scipion). — Traité de pathologie cérébrale.

Pomme. — Traité des affections vaporeuses des deux sexes, 1760.

Raymond. — Thèse de Petit, 1875.

Reynaud. — Thèse de Petit, 1875.

Richet. — Du somnambulisme provoqué. Journal de l'anatomie et de la physiologie, etc., 1875.

Raulin. — Traité des affections vaporeuses du sexe, 1738.

Richer. — De l'attaque heptero-épileptique. Thèse, 1879.

Sée (Germain). — De la chorée et des affections nerveuses en général. Mémoire de l'Académie de médecine. Extrait. 1851.

Simon (Jules). — Article chorée. Dictionnaire de méd. et de chir. pratique. Epidémie de tétanie de Gentilly. Progrès médical, 1875.

Sandras. — Traité des affections nerveuses, 1851.

Schenck. — Cité par Petit. Thèse 1875.

Siredey. — Thèse de Petit, 1875.

Stoïcesko. — Thèse de Petit, 1875.

Sydenham. — Schedulæ monitoria, etc., t. I, p. 384.

Taullier. — Gazette médicale de Lyon, 1874.

Trousseau.— Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Édit. Peter. Des chorées.

Tulpius. — Lib. I. Obs. 22.

Vieri. — Cité par Calmeil (de la folie au point de vue historique, etc.)

Vigla. — Gazette des hôpitaux, 1848.

Voisin (Félix). — Des causes physiques et morales des maladies mentales et de quelques autres affections nerveuses telles que l'hystérie, 1821.

Widal — Thèse de Lallemand, 1877.

Willis.— Pathol. cérébr. et nerv. *gener. res quæ agiter de morbis convulsion*, etc. Oxford, 1667. — *Affectione quæ dicuntur hyst. et hyp. etc.*, London, 1670.

Yver. — Service de M. Lacassagne, Montpellier, 1872.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Étiologie. — Causes prédisposantes	8
Causes occasionnelles	19
Symptomatologie	22
1° Antécédents pathologiques	22
2° Formes de l'hystérie chez l'homme	23
— convulsives	24
— non convulsives	28
— choréiques	31
— somnambuliques	36
— cataleptiques et démoniaques	37
Diagnostic	39
Traitement	45
Tableaux analytiques de 80 observations	48
Observation I	63
— II	80
Index bibliographique	88

Imprimerie A. Derenne, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.

TABLE(S)
RUN INTO
GUTTER